

Agression (abus sexuel - viol - harcèlement - autre maltraitance) - Prise en charge et suivi

Directives à l'intention des médecins et du personnel soignant

Dr. méd. Saira-Christine Renteria, MER

I. Introduction

Le récit de la victime, l'interrogatoire et l'évaluation psycho-sociale tiennent une position clef dans les procédures d'investigation pour une agression, qu'il s'agisse d'un abus sexuel chronique, d'une agression sexuelle récente ou d'une autre forme de violence ou maltraitance. Dans le cadre des investigations en raison d'une agression sexuelle, il est de plus en plus fréquent que les gynécologues et/ou les pédiatres soient confrontés à la demande d'un examen somatique dirigé.

La connaissance de l'aspect morphologique des organes génitaux selon l'âge de la patiente et son stade de développement physique et d'imprégnation hormonale (pré-, post-puberté, ménopause) ainsi que la maîtrise des techniques d'examens appropriés sont les conditions indispensables pour une telle évaluation.

Les critères de qualité de soin et les exigences quant aux services offerts par les établissements qui proposent une prise en charge aux victimes de violence, et en particulier aux victimes de violence sexuelle, ont été bien établies dans différents pays. Les présentes directives visent à garantir la mise en place et le maintien de soins conformes aux standards reconnus.

II. Objectifs de la consultation médicale

Préservation de l'intégrité physique et psychique (soins et prévention)

- Etablir un bilan de l'étendue des lésions et éventuelle réfection.
- Recherche d'infections présentes ou transmises par une évaluation en deux temps et prévention et/ou traitement approprié.
- Ecarter la mise en danger immédiate (sécurité à domicile, état psychologique de la victime)
- Mise en place du suivi.

Constat et prélèvements à visée médico-légale

- Documentation de l'examen physique : ensemble du corps et région génitale, en particulier : vulve, hymen, périnée, anus.
- Description de l'état psychique et du comportement.
- Prélèvements : recherche de sperme ou autres liquides ou matériel biologique de l'agresseur (recherche ADN de l'agresseur) ; sang, muqueuse buccale de la victime (ADN de la victime pour comparaison) ; recherche toxicologique chez la victime (sang, urine, cheveux).

III. Délais jusqu'à l'examen

Agression sexuelle chez les enfants ou chez les adultes

≤ 72h :

Urgence = examen dès que possible mais si possible dans de bonnes conditions.

Lieu : urgences de la maternité, salle d'accouchement ou consultation spécialisée

Découvertes possibles : lésions fraîches: déchirure, éraflures vulvo-vaginales/anales ; oedèmes, érythèmes, échymoses, hématomes frais. Traces de morsures, de strangulation, marques cutanées comme signes indirects de résistance de la victime ou de la contrainte par la force exercée par l'agresseur, suffusions, etc.

Év. documentation complémentaire *par le médecin légiste*

Prélèvements: sperme jusqu'à 5j + bilan IST

Soins : contraception d'urgence + prophylaxie post-exposition HIV

Mise en évidence de sperme ou d'autre matériel biologique (salive, fragments de peau) provenant de l'agresseur cf. SET AGRESSION SEXUELLE DE L'INSTITUT DE MEDECINE LEGALE.

72h – ≤1 sem :

Urgence différée = dans des bonnes conditions.

Lieu : consultation spécialisée ou urgences de la maternité

Découvertes possibles : lésions fraîches: déchirure, éraflures vulvo-vaginales/anales ; échymoses. Hématomes consécutifs à l'agression, persistants ou d'apparition secondaire, traces de morsures, de strangulation, marques cutanées comme signes indirects de résistance de la victime ou de la contrainte par la force exercée par l'agresseur, suffusions etc.

Infections secondaires à l'agression (év. premiers symptômes) : gonocoques, chlamydia.

Soins : selon indications et demande de la patiente

> 1 sem :

Examen électif, agendé = consultation coordonnée avec la prise en charge psycho-sociale et juridique et selon les besoins de l'enquête.

Lieu : consultation spécialisée

Découvertes possibles : particularités morphologiques suspectes d'abus sexuel : lésions anciennes (hymen, anus).

Infections sexuellement transmissibles (IST) secondaires à l'agression :

- Chlamydia (Gonocoques)
- Syphilis (VDRL), HIV, Hépatite B, C, herpès
- Grossesse

Soins : selon besoins et demande de la patiente

IV. Premières instructions à donner à une victime (p ex. au téléphone)

Consultation médicale :

Il est important qu'un examen médical puisse avoir lieu dans les 24 heures suivant l'agression. Cet examen doit être conseillé indépendamment de la décision de la patiente de déposer une plainte pénale.

Conseils :

Demander à la victime de ne pas se laver, de ne pas se peigner, de ne pas prendre de douche ou de bain, même si cela lui est pénible. Il ne faut également pas qu'elle se lave les dents ou qu'elle se rince la bouche. Il est déconseillé de boire, de manger ou de fumer. Car cela pourrait détruire des preuves.

Récolte de preuves :

Elle ne doit si possible pas changer d'habits afin d'éviter la destruction de preuves importantes.

Si la victime s'est déjà changée, il faut lui Demander de récupérer ses sous-vêtements, ses habits, les éventuels supports (draps), et les mettre dans un sac en papier afin de pouvoir les remettre à l'Institut de Médecine Légale.

Il est important de Demander à la victime de ne rien jeter (habits, protège-slips, tampons, bandes hygiéniques, év. préservatifs) et tout ce qui a été en contact avec l'agresseur.

V. Supervision

Toute prise en charge médicale pour une investigation en cas de suspicion d'abus sexuel ou en vue d'établir un constat médical après une agression sexuelle ou une maltraitance **doit être supervisée par un chef de clinique.**

VI. Coordination

Le médecin qui a fait la consultation médicale informera personnellement et au plus tard le lendemain de la consultation la Dresse Renteria (tél. 43 760, bip 743 367 - natel 079 210 58 40 – privé 021 312 29 64)) de tous les cas (et en son absence le médecin assistant de la consultation de gynécologie pédiatrique et de l'adolescence lorsqu'il s'agit de mineures).

VII. Protocole agression – abus sexuel – viol – harcèlement – autre forme de violence

A. Toutes les patientes

Remplir le PROTOCOLE AGRESSION (ABUS SEXUEL – VIOL – HARCELEMENT – AUTRE FORME DE VIOLENCE) pour toutes les patientes consultant suite à une agression sexuelle (abus sexuel/viol) ou une autre agression ou violence suspectée ou confirmée. L'original du protocole fait partie intégrante du dossier médical de la patiente. Ce document doit être complété dans tous les cas, même lorsque la patiente ou la famille n'a pas déposé de plainte ou si elle hésite encore à le faire. Il tient lieu de compte-rendu écrit de la consultation ! Une version imprimée du fichier informatique (qui est à Remplir lors de la 1^{ère} consultation, le cas échéant également lors de la 2^{ème} consultation) doit impérativement être conservée dans le dossier.

Une copie dudit PROTOCOLE AGRESSION rempli doit également accompagner tous les prélèvements envoyés à l'Institut de Médecine Légale (y compris après une éventuelle interruption de grossesse ou lors de l'envoi ultérieur du deuxième prélèvement de cheveux à distance de l'événement !).

Ce protocole, informatisé et imprimé, remplace le formulaire qui est livré avec le SET AGRESSION SEXUELLE et qui se trouve dans l'enveloppe en papier brun mis à disposition par l'Institut de Médecine Légale et qu'il n'est donc plus nécessaire de Remplir.

B. Enfants et adolescentes

Remplir le même PROTOCOLE AGRESSION pour toutes les mineures consultant en raison :

- d'une suspicion / révélation d'un abus sexuel / viol
- de mauvais traitements récents ou anciens
- d'un contexte qui évoque la possibilité d'un abus sexuel sur la base d'indices psychologiques ou somatiques.

VIII. Mode d'emploi pour l'utilisation du protocole informatisé

PROTOCOLE INFORMATISE CONCERNANT TOUTES LES CONSULTATIONS SUITE A UNE AGRESSION SEXUELLE OU DE TOUT AUTRE TYPE D'AGRESSION

Ce protocole doit être rempli pour toutes les consultations faites en raison de :

- **Agression sexuelle, viol**
- **Abus sexuel (et suspicion d'abus sexuel) ou d'autres maltraitances**
- **Violence envers les femmes (adulte/adolescente/fillette)**
- **Violence du couple**

Il est nécessaire de remplir le PROTOCOLE AGRESSION, qui tient lieu de dossier médical.

Ce protocole informatisé (programme Filemaker) s'utilise de manière suivante :

1. Ouvrir l'un des ordinateurs Mac installés dans les salles de consultation
2. Aller dans le menu pomme
3. Double cliquer sur " Protocole Agression " dans le menu pomme
(En cas de problème vous ouvrez le programme Filemaker. Sélectionnez dans la barre du menu « Fichier » et ensuite « Ouvrir à distance ». Une fenêtre va alors s'ouvrir. Vous cliquez sur « fms1 » ou « Hôte » et ensuite « fms1 », si cette abréviation n'apparaît pas d'emblée dans la fenêtre. Vous vous trouvez alors dans la liste des différents fichiers hébergés sur le serveur central. Allez jusqu'au fichier «**GYN_Protocole_AG.fp5** » en utilisant le menu déroulant. Ouvrez ce fichier en cliquant dessus. Il s'agit du protocole « AGRESSION ».
4. Vous avez accès au protocole en introduisant le mot de passe : xxxxxx
5. Pour créer une nouvelle fiche aller dans le menu « fiches » sous « nouvelle fiche ».
6. Remplir ce protocole comme un dossier (les questions signalées par une astéris rouge* sont particulièrement importantes lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adolescentes < 18 ans.). Utiliser la place libre (cf. examen gynécologique) pour dessiner vos observations une fois que le document est imprimé.

Conseil : ouvrez le protocole au moment de l'entretien. Il vous sert de fil conducteur pour l'anamnèse. C'est sur cette base que sont établis les rapports demandés par un juge.
7. Imprimer ensuite le protocole en 2 exemplaires :
 - 1 exemplaire reste dans le *dossier* de la patiente
 - 1 exemplaire doit accompagner les prélèvements envoyés à l' *Institut de Médecine Légale*

(Il n'est plus nécessaire de Remplir le questionnaire contenu dans le "SET DE VIOL" !!!)

IX. Organisation et collaboration avec la police et le médecin légiste

Lorsque la victime est adressée et/ou accompagnée par un(e) inspecteur/trice de police, celui- ou celle-ci transmettra au plus vite le numéro du dossier juridique (PE 08) aux admissions du DGOG. Ce numéro est indispensable pour la facturation aux instances juridiques ainsi que pour toute correspondance avec cette dernière.

Dans l'intérêt d'une meilleure organisation spacio-temporelle, la procédure suivante a été arrêtée avec le responsable de la sécurité du CHUV (M. Kündig), les responsables de la coordination médico-juridique de la Brigade des mineurs et moeurs (Police Cantonale), la Brigade des mineurs et moeurs (Police Municipale) et l'IUML.

L'inspecteur/trice de police en charge de la situation prend contact avec l'équipe médicale de garde du DGOG. Celle-ci lui communique, après évaluation de la charge de travail du moment et concertation, le meilleur délai dans lequel la patiente peut vraisemblablement être prise en charge. En fonction de ces renseignements, l'équipe judiciaire décide d'organiser l'audition de la victime plutôt avant ou après la consultation médicale. Elle précise également si un examen par un médecin légiste est exigé par le Juge d'instruction. Le cas échéant, l'inspecteur/-trice organise cet examen avec le médecin légiste. Dans le cas idéal, l'examen par le médecin légiste et la consultation gynécologique sont donc faits dans un même lieu au DGOG. Une telle collaboration implique évidemment que le médecin gynécologue intervienne dans son domaine en tant qu'expert au même titre que le médecin légiste (cf. secret médical).

L'intérêt de cette procédure est de mieux respecter les besoins de la victime, puisqu'elle tente d'éviter la multiplication des interrogations consécutives et des déplacements.

X. Secret professionnel

Mandat d'expertise

Lorsque la patiente est adressée ou/et accompagnée par un(e) inspecteur/-trice de police, le médecin doit s'enquérir auprès de l'inspecteur/-trice. Cette clarification a pour but de définir clairement le mandat du médecin et le rapport de travail entre médecin, instance judiciaire et patiente.

Le médecin, qui est mandaté en tant qu'expert par un juge, doit en informer la patiente avant la consultation et l'examen médical afin d'obtenir son consentement.

Il s'agit alors d'une consultation avec examen sur mandat juridique. Toutes les informations rapportées par la patiente, les observations faites, ainsi que les données collectées dans le cadre d'un tel examen pourront par conséquent faire l'objet d'un rapport à l'autorité judiciaire.

Il est nécessaire de consigner dans le dossier (fiche AGRESS) que la patiente a été informée adéquatement et qu'elle a consenti à l'examen en connaissance de cause.

Afin de garantir à la patiente l'accès aux soins médicaux ou psycho-sociaux également pour des problématiques qu'elle ne souhaite pas voir apparaître dans un rapport d'expertise, il peut être judicieux de séparer le temps de la consultation médicale de celui de l'expertise. La consultation psycho-somatique ultérieure (policlinique du DGOG) permet par exemple de répondre à un tel besoin.

Consultation et examen médical et rapport en tant que « médecin témoin »

Dans ce cas, le médecin garde une fonction dite de médecin traitant. Il n'est autorisé à répondre aux questions du Juge, de l'inspecteur/-trice de police ou de l'avocat/e de la patiente qu'après avoir été formellement délié du secret médical par la patiente (le cas échéant du secret de fonction, par exemple lorsque le médecin est amené à témoigner au tribunal).

Lorsque la patiente est mineure (Art. 358ter)

Lorsqu'il y va de l'intérêt des mineurs, les personnes astreintes au secret professionnel ou au secret de fonction (art. 320 et 321) **peuvent aviser (droit d'aviser)** l'autorité tutélaire des infractions commises à l'encontre de ceux-ci.

Cf. également Directives Institutionnelles du CHUV sur le secret de fonction et les institutions et personnes habilitées aux signalements.

XI. Documents à préparer

A. Formalités d'admission

- fiche de facturation
- étiquettes

B. Dossier ambulatoire ou dossier d'hospitalisation

- feuille de consultation

- indication de la date et du diagnostic

C. PROTOCOLE AGRESSION (abus sexuel - viol – harcèlement – autre)

- Ce document est à Remplir pour toutes les patientes consultant dans ce contexte.

XII. En savoir plus : abus sexuel pendant l'enfance et l'adolescence

Dans l'enquête genevoise sur les abus sexuels publiée en 1996 par D. Halperin, 34% des filles et 11% des garçons ont déclaré avoir subi des abus d'ordre sexuel.

La prise en charge des victimes d'abus sexuels vise à assurer la protection de l'enfant, une évaluation au plan médical et psychologique et un suivi thérapeutique, aussi bien que les actions judiciaires. Elle implique une collaboration étroite avec le réseau (le groupe de protection de l'enfant du CHUV (Child abuse and neglect-Team CAN-Team), Service de protection de la Jeunesse SPJ, les pédiatres, chirurgiens pédiatres, les pédopsychiatres, les psychologues et les associations d'aide).

Ces quelques éléments de base devraient faciliter aux soignants l'approche des enfants et des familles qui consultent au DGOG ou à l'Unité Multidisciplinaire de la Santé des Adolescents (UMSA).

Définition

Toute activité sexuelle à laquelle la victime est incitée ou contrainte de participer

contre son gré, par manipulation affective, physique, matérielle ou usage d'autorité

et qu'il y ait ou non évidence de lésion ou traumatisme physique ou émotionnel.

Jean-Yves Frappier

Les formes les plus fréquentes d'abus sexuels sur les filles sont :

- | | |
|-----------------------------|------|
| • l'attouchement | 45 % |
| • le contact oro-génital | 16 % |
| • la pénétration | 25 % |
| • autres formes non précisé | 14 % |

Les symptômes observés sont donc plus souvent comportementaux et psycho-sociaux que somatiques.

Les symptômes suivants peuvent, mais pas obligatoirement, être des indices.

Comportementaux psycho-sociaux d'abus sexuels :

- problèmes scolaires
- dépression, tentamen
- fugues
- agressivité, délinquance
- sexualisation (comportement / langage)
- phobie du contact physique
- (peur exagérée de l'examen gynécologique)
- (crainte de grossesse / IST)
- somatisation

Les symptômes suivants sont des possibles indicateurs somatiques :

- en premier lieu : les infections sexuellement transmissibles ou infections susceptibles d'être transmises sexuellement
- saignement / fluor vaginal
- irritation / prurit vulvaire
- douleurs abdominales
- dysurie, énurésie
- troubles du comportement alimentaire

Lorsque de tels signes sont présents chez un enfant ou une adolescente, il est du devoir de chaque soignant d'inclure la possible présence d'un abus sexuel actuel ou passé dans le diagnostic différentiel.

Approche de base des soignants

- écouter et entendre
- observer, consigner ses observations
- questionner tout en évitant autant que possible un effet suggestif

Lors des entretiens, les soignants doivent exprimer activement leur soutien et leur empathie à la personne qui fait une révélation.

Leur soutien s'exprimera par des phrases explicites, précisant à la fillette ou à l'adolescente :

- qu'elle a eu raison de parler et de chercher de l'aide
- que l'agresseur n'avait pas le droit de faire ce qu'il a fait
- qu'elle n'est pas responsable de ces actes
- que d'autres enfants sont dans la même situation

Les limites de la prise en charge auxquelles les soignants se heurtent fréquemment sont d'ordre comportemental (hésitation à la révélation, imprécisions dans la description, manque de mot précis, dévoilement par étapes, rétractions fréquentes, mise en doute de la crédibilité), mais aussi et surtout d'ordre somatique (absence de traumatismes tissulaires, réparation tissulaire rapide, lésions aspécifiques, présence de lésions congénitales).

Conséquences des abus sexuels

Les conséquences à long terme d'abus sexuels peuvent être physiques, psycho-somatiques, psychologiques et comportementales, intellectuelles et sociales.

Les séquelles psychologiques et comportementales le plus fréquemment observées chez des adolescentes ou adultes victimes d'abus sexuels pendant l'enfance sont :

- un sentiment de stigmatisation
- un sentiment de culpabilité
- une mauvaise estime de soi
- le sentiment de trahison/ d'abandon
- un sentiment d'impuissance (sentiment de « helplessness » parfois appris : « victimisation »)
- une sexualisation traumatique
- des états dépressifs ou anxio-dépressifs
- des troubles du comportement alimentaire
- l'automutilation
- des idéations suicidaires
- l'abus de substances

XIII. En savoir plus : agressions sexuelles / viols et violence envers les femmes

L'attention et le soin accordés à une situation, la qualité de l'évaluation et l'adéquation de l'approche sont déterminés par le niveau de connaissance de la thématique. En abordant la problématique de la violence, les soignants doivent être conscients des fausses croyances et stéréotypes encore répandus dans la société, afin que ces derniers n'interfèrent pas avec leur propre attitude face à la situation. La confrontation directe avec des femmes vivant la violence peut également renvoyer le soignant, femme ou homme, à son propre vécu. En cas de difficulté, il doit pouvoir faire appel à des structures internes à l'institution afin de disposer d'un espace de parole, d'une supervision et d'une éventuelle aide.

En parler n'est pas facile

Un grand nombre de personnes victimes d'agressions sexuelles, le plus souvent des femmes et des enfants mais également des hommes, hésitent encore à dénoncer les violences subies.

Grace au travail d'information et aux tabous brisés, les victimes osent rompre le silence plus fréquemment qu'auparavant. Ce n'est donc pas nécessairement en raison d'une augmentation du taux de criminalité que le nombre de plaintes pour viols et autres agressions sexuelles enregistrées par les autorités juridiques et les groupes de protection de l'enfant augmentent.

La rencontre avec un représentant du corps médical est toutefois de première importance. Elle peut être déterminante pour la suite de la prise en charge, l'engagement dans la procédure pénale et le recours aux différentes offres de soins. Il s'agit avant tout d'éviter une retraumatisation par des attitudes inappropriés et des examens mal conduits.

Un tabou de plus à briser est celui concernant la violence conjugale et familiale. De par son implication sur la vie personnelle et familiale, elle concerne tout particulièrement le gynécologue et l'obstétricien. Par ailleurs, la violence domestique est fréquemment associée à la violence sexuelle. Une femme sur cinq est maltraitée physiquement ou sexuellement au cours de sa vie (BMJ).

“Bien trop de femmes dans bien trop de pays parlent la même langue : le silence.”

C'est avec cette citation d'Anasua Sengupta, historienne indienne que le Bureau de l'Egalité contre la violence conjugale et familiale du Canton de Jura illustre son engagement.

La violence conjugale conjugue mépris du respect de l'autre et de la liberté individuelle, abus de pouvoir et force de destruction. La violence domestique concerne prioritairement les femmes mais touche aussi les hommes maltraités par leurs partenaires. La brochure « *Violence conjugale - que faire ?* » donne des informations utiles sur les différentes formes de violence (physique, sexuelle, morale, économique), les moyens de faire face au danger, de se protéger, les alternatives pour les victimes, ainsi que les aspects juridiques. Dans tous les cas, les violences du couple ont des répercussions sur les enfants et sont considérées comme des violences familiales.

Réactions au traumatisme

L'effet d'un traumatisme tel qu'une agression sur l'individu dépend de différents facteurs. Les éléments déterminants sont la structure psychique de la victime, sa perception de l'événement, l'âge au moment du traumatisme, la durée de l'exposition au traumatisme et le contexte dans lequel il survient (lien entre la victime et l'agresseur), mais aussi la réaction et le soutien de l'entourage, la qualité des soins, ainsi que les décisions sociales, médicales et judiciaires.

Ses répercussions psychologiques, physiques, économiques et sociales sur la vie des victimes sont considérables mais s'imposent rarement comme telles dans les premières heures après les événements.

Toute personne qui a été exposée à un événement traumatisant peut présenter des réactions psychiques susceptibles de la marquer durablement. Ces réactions provoquent un stress aigu. Souvent elles diminuent naturellement et progressivement dans la mesure où la personne reconnaît et accepte ses propres émotions.

Ces événements peuvent être violents et survenir à l'improviste. Ils plongent souvent la personne dans un état d'impuissance. Tout en étant dans la plupart des cas en perte de repères, le cerveau va néanmoins tenter de s'adapter à cette situation inconnue.

Ce stress intense peut déclencher toute une série de réactions comme :

- un état d'hyper-excitation ou au contraire d'apathie...
- des flashbacks (images de l'événement qui reviennent), des souvenirs, des pensées répétitives...
- des tremblements, des sueurs froides, de la fatigue, des envies de vomir...
- des troubles du sommeil (cauchemars, difficultés à se rendormir)
- des sursauts au moindre bruit, une tendance à éviter des lieux, à s'isoler...
- des troubles de la concentration et/ou de la mémoire
- des accès de tristesse, d'agressivité, de culpabilité, d'angoisse, impression de ne plus rien ressentir à l'égard de ce qui vous entoure, des peurs irraisonnées...
- des troubles de l'appétit, des pertes de plaisir, des troubles de l'activité sexuelle, des difficultés au travail, une baisse de la motivation, une perte de sens de la vie en général...

L'intervention de personnes formées en débriefing et à l'aide aux victimes est parfois nécessaire (centre thérapeutique de crise, réseau des psychologies collaboration avec la consultation L.A.V.I.).

Accès aux soins

Certaines victimes ont fait l'expérience d'une agression, qui a modifié aussi bien leur quotidien que leur vie relationnelle, sans avoir pour autant su ou pu trouver un soutien sur le plan psychologique ou social avant de consulter en gynécologie-obstétrique. La cause sera pour certaines femmes le manque d'information sur l'offre d'aide existante, pour d'autres l'envie et le besoin de faire face par elle-même, ce qui s'avère parfois insuffisant. Indépendamment du moment auquel survient la première révélation ou/et la première consultation, il incombe donc au soignant interpellé d'évaluer la situation avec la patiente, le cas échéant avec son entourage, et de dresser une liste ses besoins d'information et de soutien.

Données épidémiologiques

Les récits de viols infligés à des jeunes filles par des jeunes gens du même âge ont frappé également l'opinion publique en Suisse. Une étude menée en 1997 auprès de 1500 femmes par les bureaux de l'égalité a révélé qu'en Suisse une femme sur cinq a subi des violences physiques ou sexuelles dans son couple. Deux femmes sur cinq ont connu la violence psychologique. La violence touche toutes les couches de la population, indépendamment de la situation économique ou du niveau d'éducation, mais les femmes migrantes sont la plupart du temps doublement sujettes à la violence, de par leur statut précaire, leurs connaissances partielles des moyens de défenses existants et les actes de violence qu'elles subissent.

Pour information complémentaire, voici quelques statistiques tirées de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, Enveff :

Violences subies au cours des douze derniers mois

Au cours d'une année, les tentatives de viol et les viols affectent 0,5% des femmes de 20 à 59 ans, les viols 0,3%. **Ces viols ont été perpétrés essentiellement par des conjoints, des compagnons, des petits amis, des hommes avec lesquels les femmes entretiennent ou ont entretenu une relation plus ou moins longue dans les douze derniers mois.** Deux tiers des femmes ont parlé pour la première fois lors de l'enquête des viols dont elles ont été victimes.

Violences subies au cours de la vie

Au moment de l'enquête, **8 % des femmes âgées de 20 à 59 ans ont subi au moins un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie**, certaines avant et après leur majorité. Une fois sur trois, ces agressions ont été perpétrées alors qu'elles étaient mineures. 3 % ont été victimes de viols, dont un quart lorsqu'elles étaient mineures.

Les auteurs de viols sont beaucoup plus fréquemment des intimes : un tiers de conjoints au moment des faits, 8 % d'ex-conjoints, autant d'autres parents, 6 % de proches et 5 % de pères ou beaux-pères, alors que les hommes connus – non proches – ne représentent plus que 20 % des auteurs, et les inconnus 15 %. Le secret concernant les violences sexuelles exercées par leur propre conjoint est encore plus fort que pour les viols subis pendant l'adolescence : les trois quarts des victimes ne l'avaient jamais révélé à personne avant qu'elles ne soient interrogées pour le but de l'enquête.

XIV. Déroulement de l'examen

A. Chronologie

1. Anamnèse

- Relevé de l'anamnèse : l'anamnèse est faite et transcrite par le médecin en suivant le PROTOCOLE AGRESSION comme un « guide d'entretien ».

L'exploration abordera entre autres les thèmes suivants :

Les circonstances, personnes, lieu, heure, les actes rapportés, l'utilisation de force, les éventuelles tentatives de défense de la victime, la consommation d'alcool, de drogues ou autres toxiques éventuels. La description de l'état physique et psychologique de la victime tel que rapporté par elle. Eventuelles informations recueillies auprès de tiers (parents, accompagnants).

Le médecin s'efforcera de favoriser les questions ouvertes. Les informations doivent être retranscrites le plus fidèlement possible en utilisant le langage de la victime. Dans les cas où il peut paraître inévitable de résumer l'anamnèse, il est important de ne pas trahir les dires de la patiente (pas d'utilisation de termes anatomiques ou techniques que la victime n'a pas mentionné elle-même, pas d'interprétation personnelle, ni de tiers !). Retranscrire les informations le plus fidèlement possible.

L'entretien est complété par des questions ciblées en tenant compte des exemples donnés sur la fiche d'anamnèse (par ex. menaces ? deshabillement ? ressenti de douleurs ? éjaculation ? observation de saignements ? etc).

Les observations relatent le vécu tel que rapporté par la patiente, les circonstances de la révélation, le lien avec l'abuseur, éventuellement une impression concernant la crédibilité, une description de l'état physique et émotionnel de la victime, de son comportement et d'éventuels symptômes liés à des effets de substances.

Au cours de la consultation il sera nécessaire de se déterminer sur une éventuelle incapacité de travailler.

L'entretien et l'examen médical dans les cas les plus grave ont également pour but d'identifier ou d'exclure une éventuelle décompensation médico-chirurgicale, des idéations et actes suicidaires, une décompensation psychiatrique, un risque d'une nouvelle agression ou même d'homicide. Un risque de hétéro-agression et dans certains cas un risque d'enlèvement ou de séquestration.

2. Préparation

- Pendant que le médecin recueille l'anamnèse, l'infirmière prépare le matériel d'examen et remplit le formulaire pour les prélèvements qui seront effectués. Mettre à profit le temps d'attente jusqu'à la consultation médicale pour procéder au plus vite, en particulier aux prélèvements sanguins et urinaires (recherche toxicologique, en particulier GHB !).

Vêtements et récolte d'urine

- Demander à la victime d'ôter les vêtements et sous-vêtements qu'elle portait au moment de l'abus ou viol. Veiller à les sécher à l'air. Ces effets personnels sont à conserver et transporter dans un sac en papier (ou à défaut dans un sac en plastique ouvert, permettant la circulation d'air, l'humidité nuit à la qualité du matériel biologique éventuellement présent (sécrétions, etc) et peut empêcher une recherche fiable de l'ADN. La patiente reçoit une chemise et un peignoir.
- Donner le tube pour uriner à la patiente.

3. Inspection et récolte d'évidences

- Procéder ensuite à l'inspection corporelle complète, en particuliers yeux, visage, cavité buccale, cou, bras, dos, face interne des cuisses, etc. Rechercher d'éventuelles marques suite à une violence exercée par l'agresseur (blessures, immobilisation, signes de strangulation, morsures), suite à la résistance et aux actes de défense de la victime, ou suite à son positionnement et aux surfaces avec lesquelles elle a été en contact. D'éventuelles lésions ou particularités seront décrites et dessinées en précisant la localisation et l'étendue, le but étant de permettre de dater les lésions et si possible d'en déterminer origine.
- En fonction de l'anamnèse passer un cure-dent propre sous les ongles de la victime pour récolter des dépôts résiduels (exemple : fragments de peau de l'agresseur chez une patiente qui s'est défendue en griffant son agresseur ou victime dont les doigts ont été en contact avec du sperme de l'agresseur). Procéder séparément pour la main gauche et la main droite. Récolter le matériel dans deux écouvillons de réserve.
- Couper et envoyer d'éventuels poils pubiens agglutinés par du sperme présumé.

- Peigner les poils du pubis avec un peigne propre prévu à cet effet afin de récolter d'éventuels poils de l'agresseur qui seront également envoyés en médecine légale.
- Couper une mèche de cheveux d'une épaisseur d'un crayon à l'arrière de la tête de la victime pour la recherche de « drogues du viol » (Gamma-hydroxybutyrate GHB « liquide extasy », Rohypnol, etc) selon la méthode Strasbourg. Sectionner la mèche aussi proche que possible du cuir chevelu en la fixant à l'aide d'un serre-fils. Coller l'extrémité du serre-fils sur une feuille de papier. Indiquer sur la feuille où se situe la racine des cheveux, de même que la pointe des cheveux. Identifier la feuille par une étiquette. Conserver à température ambiante jusqu'au transport !
- Attention : cette recherche peut également révéler la présence d'autres drogues absorbées par la patiente avec son consentement (par ex. cocaïne, cannabis), comme c'est par ailleurs le cas des autres recherches toxicologiques. Il faut en avertir la patiente.



4. Examen gynécologique

- Effectuer les prélèvements prévus lors de l'examen gynécologique (cf. également techniques de prélèvement endovaginal chez l'enfant). Le choix des prélèvements à faire et de la technique se base chez l'enfant sur des considérations anamnestiques : type d'abus, délai depuis l'abus, âge de l'enfant et données anatomiques, signes suggestifs d'IST, membre de la famille porteur d'une IST, demande de l'enfant ou du répondant légal, prévalence d'IST dans la communauté, résultat d'autres examens.
- Un frottis cytologique cervical selon PAPANICOLAOU peut donner des informations supplémentaires chez les adolescentes victimes d'abus sexuels anciens (recherche d'infection HPV) et sans anamnèse de rapports sexuels avec consentement.

Réflexions concernant l'examen gynécologique

Il est nécessaire d'expliquer aussi bien le but de l'examen que son déroulement. L'examen gynécologique est souvent un moment particulièrement difficile pour une victime. Certaines femmes disent malheureusement se souvenir de cet examen comme d'un deuxième viol. La nécessité d'exposer à nouveau son intimité et la peur de possibles sensations douloureuses peut provoquer des réactions vives (tremblements, contractions musculaires, mouvement de retrait, larmes, blâme ou rejet des soignants, etc). Le mieux à faire est de verbaliser le vécu et de Demander à la patiente d'exprimer ses sentiments. Même si cela prend du temps, il peut être nécessaire de marquer une pause (et même de faire redescendre la patiente de la chaise gynécologique si c'est nécessaire) jusqu'à ce que la patiente soit à nouveau prête à poursuivre l'examen.

Les contacts avec le corps (palpation abdominale, écartement des lèvres, etc) doivent être annoncés et initiés sans brusquerie, même si les différentes étapes de l'examen ont été expliquées.

En particulier l'adolescente qui n'a jamais été en consultation gynécologique peut être encouragée à inspecter le vaginoscope ou le spéculum mais aussi à le toucher. L'utilisation du spéculum "virgo" est à éviter chez une femme qui n'a jamais eu de relations sexuelles avant l'événement incriminé. L'introduction de ces instruments peut aussi être préparée précautionneusement en le mettant d'abord en contact avec la peau de la face interne des cuisses afin de permettre à l'adolescente d'appivoiser l'instrument métallique et de vaincre sa peur anticipée. L'utilisation du vidéo-colposcope s'avère précieuse chez les patientes qui craignent de perdre le contrôle de leur corps et/ou qui expriment le besoin de garder le contrôle de ce que l'examineur/-trice est en train de faire. L'enregistrement vidéo est également d'une grande utilité pour le teaching, permettant à l'assistant de soumettre l'image pour avis au gynécologue cadre et de confirmer son diagnostic ou de discuter les données morphologiques et leur interprétation de manière différée.

Les explications données doivent situer les résultats de l'examen dans le contexte de l'anamnèse et exigent l'utilisation de termes accessibles, mais que la femme soit en mesure de mettre en relation avec les conclusions du rapport médical. Afin de s'assurer de la compréhension et d'exclure tout malentendu, il est conseillé de Demander à la patiente de décrire en ses propres termes ce qu'elle a retenu de ces informations. Selon le contexte culturel et l'éventuelle absence d'expériences sexuelles antérieures, il est nécessaire d'aborder les questions qui se rapportent à la virginité. Cette notion à la fois abstraite et contraignante en fonction de l'interprétation qui en est faite dans certains contextes n'est souvent pas abordée directement par les patientes, bien qu'elle soit encore assez souvent à l'origine d'inquiétudes profondes.

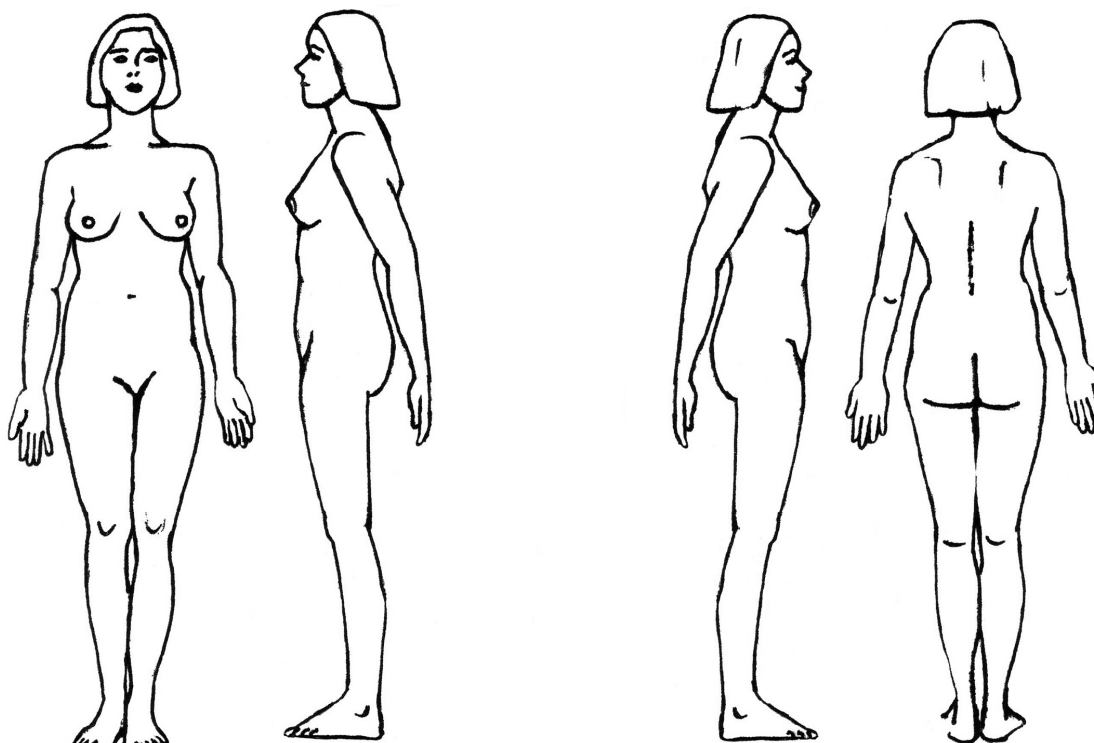
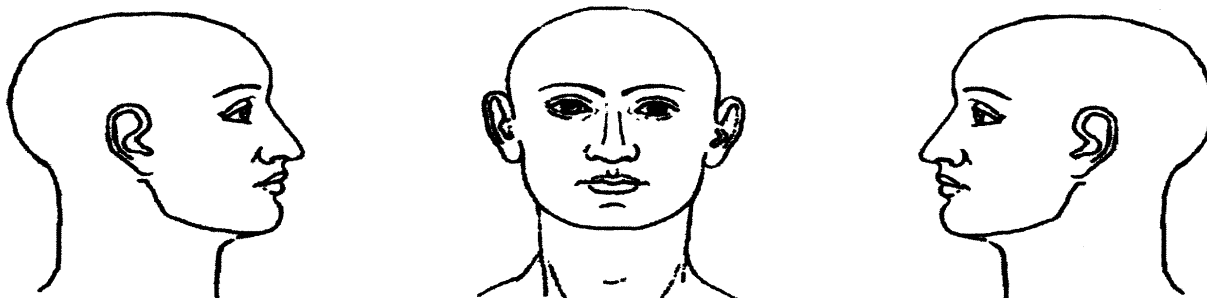
5. Prélèvements complémentaires

- Faire des prélèvements sanguins (cf. prélèvements divers) ainsi qu'un éventuel frottis buccal pour l'identification de l'ADN de la victime. La détermination du profil génétique (ADN) est possible aussi bien à partir du sang qu'à partir de cellules de la muqueuse buccale de la victime. Ces cellules buccales sont récoltées à l'aide d'une petite brosse spéciale en feutre prévue à cet effet. Le bout en feutre est ensuite introduit dans une éprouvette (Eppendorf) dans laquelle il est transporté.

XV. Techniques d'examen

A. Recherche de LESIONS CORPORELLES

Ces lésions doivent être recherchées sur l'ensemble du corps et documentées à l'aide de l'appareil photo digital de la salle d'opération et non pas le Polaroid. Toutes les lésions doivent également être décrites et dessinées sur un schéma du corps humain.



Source : S.I.G.N.A.L

Utiliser un centimètre qui sera posé à côté de la lésion à photographier.



Il est également possible d'adresser la patiente pour un examen des téguments avec documentation photographique à l'UMV (cf. protocole ad hoc) ou à l'Institut de Médecine Légale.

B. Recherche de LESIONS VULVAIRES

Chez la fillette et la femme adulte, l'inspection de la sphère génitale doit être effectuée rapidement, sans hésitation et de manière non traumatisante sur le plan physique et psychique. Chez l'enfant, une sédation ou une anesthésie générale est rarement nécessaire.

Une bonne installation et une bonne illumination sont des conditions de base indispensables.

Mise en évidence des structures en fonction de la technique d'examen :

Méthode de séparation :

- *périnée*
- *labiale*
- *vestibule*

Méthode de traction :

- *introitus vaginal*
 - *hymen*

Position genu-pectorale

- *introitus vaginal*
- *hymen (en particulier bord postérieur)*
- *cervix, corps étranger*
- *région périanale*

1. Installation de la patiente

L'examen gynécologique est d'abord effectué en position gynécologique et ensuite en position genu-pectorale en particulier chez l'enfant, chez lesquels cette position permet une bonne évaluation de l'hymen et des structures avec un minimum de manipulations techniques.

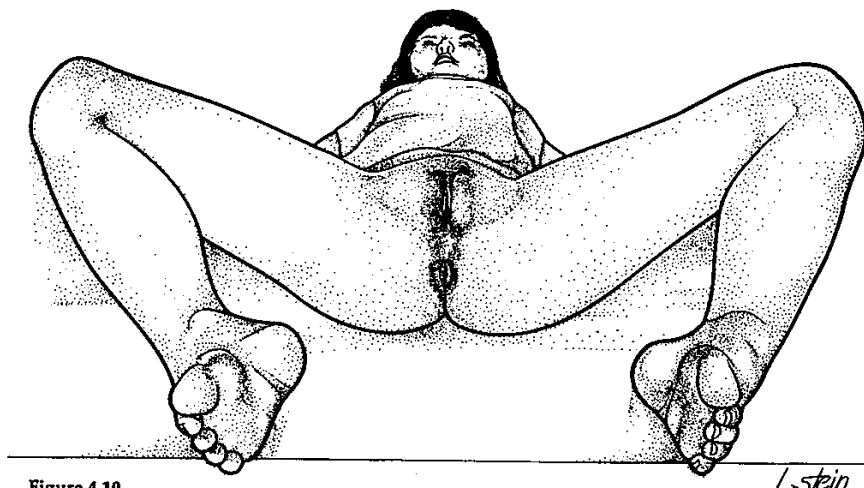
2. Position gynécologique (lithotomie) sur la chaise d'examen

a. Fillettes

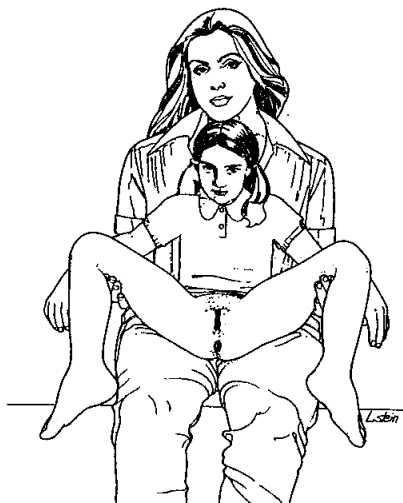
Les genoux pliés et les jambes écartées et attirées contre elles, ce qui leur permet de reposer les pieds sur l'extrémité de la chaise d'examen les jambes posées sur les genouillères ; les plus grandes peuvent poser leurs jambes sur les genouillères.

b. Adolescentes et adultes

Les jambes posées sur les genouillères ou les pieds dans les étriers :



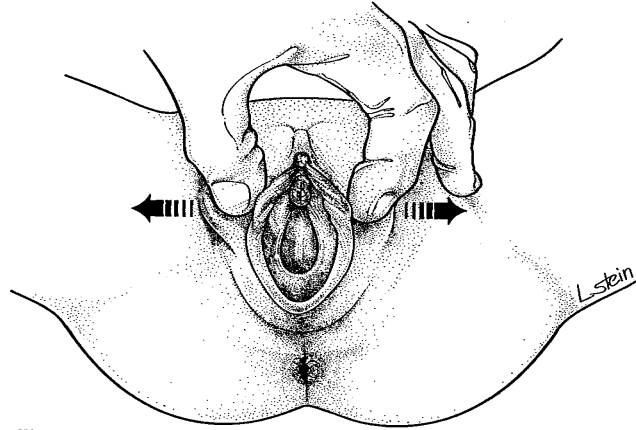
Alternative lorsque l'installation sur la chaise d'examen s'avère impossible :



3. Inspection vulvaire en position gynécologique

L'attention doit en particulier être portée sur la base des petites lèvres, la région périurétrale, la fourchette, l'introïtus avec la fosse naviculaire et l'hymen, le périnée et la région anale à la recherche de pétéchies, suffusions, lésions récentes ou anciennes.

- a. Vision colposcopique (position gynécologique)

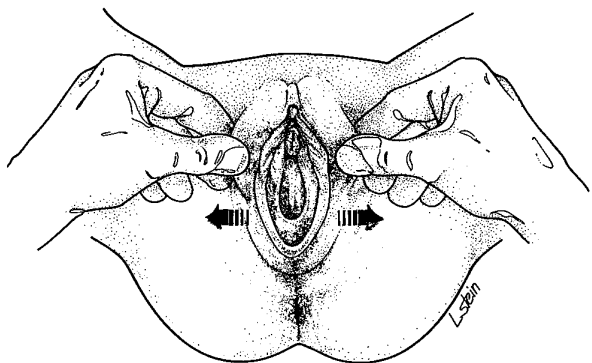


- b. Rappel anatomique

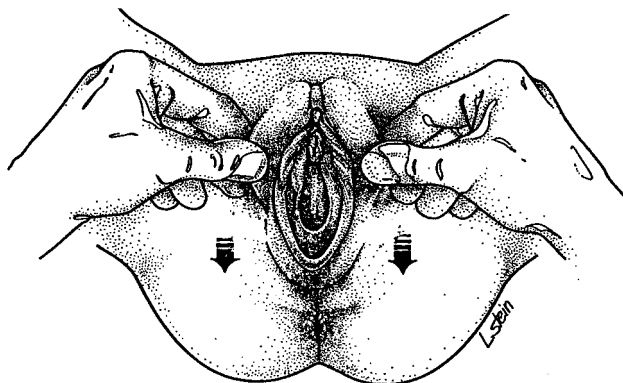
Erreur ! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme.

c. Méthodes de séparation et de traction

La meilleure façon d'inspecter la vulve est d'utiliser la méthode de séparation et de traction des grandes lèvres. Cet examen doit si possible être effectué au colposcope.

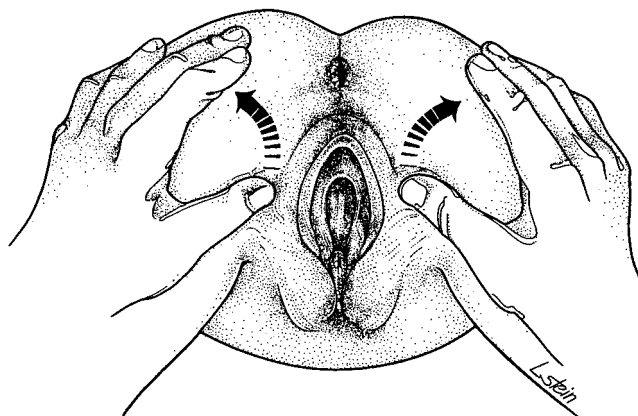
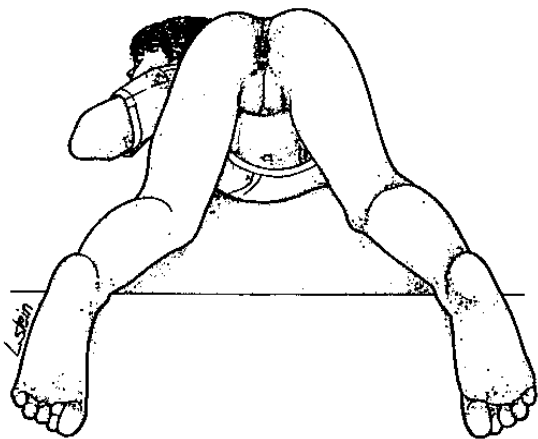


Méthode de séparation (des grandes lèvres)



Méthode de traction (en avant sur les grandes lèvres)

4. Inspection vulvaire en position genu-pectorale (dossier de la chaise gynécologique abaissé)



a. Vision colposcopique (position genu-pectorale).

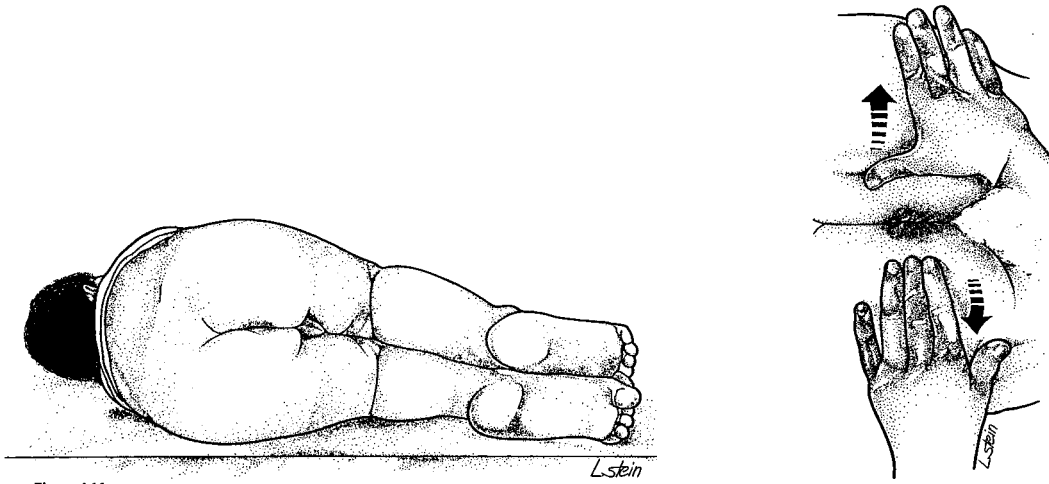
Cette position permet en particulier d'apprécier avec précision l'intégrité du bord hyménéal postérieur. La présence d'une lésion hyménéale suspectée à l'examen en position gynécologique peut ainsi être confirmée ou infirmée.

C. Recherche de *LESIONS PERIANALES* et *ANALES*

Il est indispensable d'observer également la morphologie ou l'absence de modification morphologique de la région anale ainsi que le tonus anal (év. anoscopie) même en l'absence d'une anamnèse évocatrice.

L'examen se fait généralement en position gynécologique ou en position génu-pectorale.

L'examen de la région périanale/ anale sur le divan d'examen peut être une alternative :



a. Rappel anatomique

Erreur ! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme.

D. Examen au bleu de toluidine

D'éventuelles lésions vulvaires, périnéales ou périanales pouvant passer inaperçues sont mises en évidence par l'application de bleu de toluidine sur la vulve (**spray de bleu de toluidine à 1 %**). Avant de juger du résultat, l'excès de bleu est enlevé en appliquant de l'acide acétique sur la vulve (**spray d'acide acétique à 1 %**).

Des lésions telles que lacérations et érosions seront ainsi détectées par la coloration bleue intense de la peau lésée (cf. documentation).

E. Examen hyménéal en puberté ou post-puberté

Une oestrogénisation marquée, telle qu'elle est normalement présente à partir de la puberté, modifie l'hymen en le rendant élastique et donc plus difficile à évaluer.

La mise en évidence d'un déficit tissulaire peut dans ces situations être facilitée par la mise sous tension de l'hymen. Une sonde urinaire "à demeure" au diamètre adapté est introduite dans le vagin. Le ballonnet est ensuite légèrement gonflé puis retiré lentement.

F. Documentation

Une documentation descriptive et photographique est indispensable lorsqu'il s'agit d'établir une expertise médico-légale (constat). Une telle description peut également s'avérer d'une grande utilité lors de contrôles ultérieurs, où elle sera utilisée à titre comparatif.

1. Description et dessins

Il convient de faire une description détaillée **de l'examen vulvaire, périnéal, hyménéal** (type, bordure interne, largeur du bord postérieur et latéral, consistance), **anal** (marge anale, plis muqueux, tonus) et **périanal**. Décrire la morphologie de ces structures et les éventuelles modifications constatées.

La forme de l'hymen ainsi que d'éventuelles lésions vulvaires ou anales observées doivent être dessinées dans le dossier sur le schéma de ces régions.

2. Orientation topographique

Pour la description d'éventuelles modifications de la morphologie hyménéale ou périanale on se réfère au cadran d'une montre, ce qui permet une orientation topographique précise.

Erreur ! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme.

3. Morphologie hyménéale



A



B

Une description détaillée doit donner des informations sur les éléments suivants.

- a) Type hyménéal :
 - semi-lunaire (A)
 - annulaire (B)
 - fimbriatus, altus, cribriforme, septus, etc
- b) Degré d'imprégnation hormonale (facteur déterminant pour l'élasticité hyménéale) :
- c) Mensurations :
 - diamètre transverse et antéro-postérieur
 - largeur du bord hyménéal (postérieur et latéral)
 - épaisseur (ou profondeur) du bord hyménéal

NB : bien qu'il existe une corrélation entre le diamètre hyménéal et l'âge de la patiente, les variations interindividuelles sont importantes. Le diamètre transverse de l'orifice hyménéal n'est donc pas à lui seul un indicateur d'abus sexuel !

4. Photographie macroscopique et colposcopique

Documentation photographique macroscopique (cf. appareil de photo digital de la salle d'opération) ou mieux à l'aide des trois vidéo-photo-colposcopes disponible, situés respectivement au 3^{ème} étage du DGOG à proximité des urgences dans la salle d'examen de l'Hôpital de Jour, à la consultation de gynécologie pédiatrique et de l'adolescence et de colposcopie de la polyclinique du DGOG ainsi qu'à la consultation de gynécologie de l'adolescente à l'UMSA.

Une inspection non seulement macroscopique mais aussi colposcopique de la région vulvaire et périanale est toujours indiquée. Cet examen permet en plus une documentation photographique microscopique.

XVI. Examen gynécologique et interprétation

A. Conclusions possibles suite à l'examen gynécologique

- a) aspect morphologique normal
- b) aspect morphologique anormal mais non spécifique
- c) anomalie morphologique spécifique suspecte d'abus sexuel ou/et IST
- d) preuve formelle de contact sexuel : présence de sperme ou grossesse

Aspects morphologiques suspects d'abus sexuel/ d'agression sexuelle mis en évidence lors de l'examen gynécologique

1. Lésions fraîches

Procéder d'abord à l'examen macroscopique simple, puis à l'examen colposcopique. Terminer avec l'examen au bleu de toluidine.

Précautions à prendre au cours de l'examen : pendant la phase de latence, des déchirures superficielles médianes au niveau de la fourchette, d'origine iatrogène, dues à la méthode de séparation et à la fragilité tissulaire à cet endroit peuvent survenir. L'inspection vulvaire est donc un examen dynamique et l'examen colposcopique doit accompagner les gestes de séparation et de traction au niveau des grandes lèvres qui sont destinés à mettre en évidence l'introitus vaginal.

Les lésions suivantes doivent être recherchées activement après une agression récente :

- pétéchies, suffusions, hématomes au niveau de l'hymen, de la région périurétrale, à la base des petites lèvres et au niveau de la fosse naviculaire
- déchirure ou transection du bord hyménéal, désinsertion de l'hymen

- abrasions, lacérations ou autres déficits tissulaires au niveau de la vulve et de la région périnéale
- lésions vaginales (vaginoscopie) ou anales récentes (anuscopie).

2. Lésions anciennes suspectes

Les modifications indiquées ci-dessous ont une valeur diagnostique (cf. Classification Adams 2005) en présence d'une anamnèse d'une agression ancienne (en absence de rapports sexuels antérieurs avec consentement) et à condition d'avoir confirmé la constatation par l'utilisation de techniques d'évaluation complémentaires (position genu-pectorale, irrigation avec de l'eau, examen avec une sonde à ballonnet :

- indentation (concavité) hyménéale postérieure (transsection hyménéale guérie au niveau du bord postérieur entre 3h et 9h) (examen en position gynécologique), l'hymen paraît déchiré jusqu'à la base de l'insertion ou presque. (A) d'aspect angulaire (V-shape typique ou U-shape) éventuellement associée à une irrégularité du bord hyménéal, à une convexité ou une nodosité (notch) compensatrice. Persistance de l'indentation (concavité) hyménéale postérieure à l'examen en position genu-pectorale (B). Ces lésions sont considérées comme significatives, si elles se situent entre 3h et 9h.

Les constatations suivantes sont considérées comme intermédiaires (données des recherches insuffisantes ou contradictoires). Elles peuvent appuyer les révélations en constituant un argument supplémentaire pour le diagnostic, si l'enfant a fait une verbalisation claire d'abus sexuel. En l'absence d'anamnèse, elles doivent cependant être considérées avec prudence :

- bord hyménéal épaissi ou enroulé, éventuellement asymétrie marquée
- amincissement important du bord hyménéal postérieur (examen en position gynécologique et en position genu-pectorale)

A Erreur ! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme. B Erreur ! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme.

- cicatrice au niveau de la fourchette associée à un déficit tissulaire hyménéal au niveau du bord postérieur
- dilatation anale spontanée de > 20 mm (en < 30 sec) avec effacement des plis anaux (ampoule rectale vide)
- congestion veineuse périnéale ou/et fissures ou cicatrices au niveau de la marge anale (DD: constipation chronique).

B. Preuves d'un abus sexuel

Une grossesse et la présence de sperme sont considérées comme diagnostiques pour un contact sexuel. Une sérologie positive pour la syphilis – en dehors des formes congénitales - des cultures positives pour *Neisseria gonorrhoeae* prélevées de la sphère génitale en dehors de la période néonatale ou une culture, respectivement une méthode jugée équivalente, positive pour *Chlamydia* au niveau génital ou anal chez un enfant de plus de 3 ans, la confirmation d'une infection par *Trichomonas vaginalis* chez un enfant >1 an, sont évocatrices. La présence de ces infections confirme la présence d'un contact entre les muqueuses de la victime et des sécrétions corporelles infectieuses. Le plus vraisemblable est un contact de nature sexuel. Ces infections sont donc considérées comme preuves d'un abus sexuel ou d'une agression sexuelle en présence d'une anamnèse évocatrice et en l'absence de rapports sexuels antérieurs avec consentement.

C. Exemple d'aspects morphologiques normaux ou aspécifiques

Les particularités suivantes sont considérées comme étant des variantes ou des modifications aspécifiques de l'anatomie normale :

- érythème vulvaire
- travées périurétrales
- synéchies labiales
- follicules lymphoïdes de la fosse naviculaire
- appendices hyménéaux/résidus d'un septum vaginal antérieur ou postérieur ou surélévations (convexités)/nodosités médianes ou paramédianes du bord hyménéal
- dilatation urétrale

Aspects morphologiques normaux ou aspécifiques observés chez des filles sans antécédents d'abus sexuel (répartition selon l'ordre de fréquence) :

Erythème vulvaire	56 %
Travées périurétrales 50%	
Synéchies labiales	38 %
Follicules lymphoïdes de la fosse naviculaire	33 %
Surélévations (convexités)/ nodosités médianes ou paramédianes du bord hyménéal	33 %

Appendices hyménéaux/ résidus d'un septum vaginal	18 %
Dilatation urétrale	14 %

XVII. Difficultés d'interprétation

Il est fréquent de voir que même des abus sexuels chroniques, perpétrés sur une longue durée, ne provoquent que très rarement des séquelles spécifiques au niveau des organes génitaux externes.

Ceci est expliqué par le fait que les formes d'abus sexuel les plus fréquentes (attouchements digitaux, péniliens et oraux, masturbation forcée) ne provoquent pas de lésions génitales directes et que la capacité de régénération et de réparation de ces tissus est excellente.

La littérature fait état de cas où, déjà 5 jours après la mise en évidence d'une lésion ano-génitale récente, l'examen colposcopique s'est avéré normal. On trouve ainsi un examen normal chez 61 % des cas d'abus sexuel bien qu'une pénétration digitale ait été avouée et chez 18 % après pénétration pénienne.

Un aspect normal ou aspécifique des organes génitaux externes n'exclut donc ni un abus sexuel ou une agression sexuelle unique, ni un abus chronique, que le dernier épisode soit récent ou ancien.

A. Pathologies pouvant être à l'origine d'une erreur diagnostique

Infections vulvo-vaginales ou anales non-spécifiques
 Lichen scléro-atrophique
 Corps étranger intravaginal
 Hémangiome vulvaire
 Prolapsus urétral
 Polype urétral
 Absence congénitale de la fusion périnéale médiane (diastase anale)
 Ménarche précoce

Certaines de ces pathologies sont caractérisées par des symptômes qui peuvent aussi bien dans l'entourage de la patiente qu'à l'inspection clinique être interprétées comme les conséquences d'un abus sexuel (saignements inhabituels, érythème, pétéchies, etc).

Toutefois un aspect morphologique suspect en l'absence d'une anamnèse évocatrice ne peut à lui seul constituer la preuve d'un tel abus.

XVIII. Prélèvements divers

A. Prélèvements à faire à l'arrivée à l'hôpital

Récolte d'urine pour :

- recherche toxicologique
- recherche Chlamydia par PCR

B. Prélèvements à faire au moment de l'examen physique complet (visage, bouche, yeux, téguments, extrémités, poils pubiens)

Récolte :

- soit des ongles ou de détritrus sous les ongles de la victime
- d'éventuels poils de l'agresseur (peigner le pubis)
- éventuelle d'un éjaculat présumé abondant présent sur le corps ou sur les vêtements

C. Prélèvements au moment de l'examen gynécologique

1. Chez l'adulte

- frottis direct (seulement en cas de suspicion clinique d'une infection vaginale ; la recherche microscopique du sperme est indiquée, du matériel précieux pour les recherches ultérieures risques d'être gaspillé)
- sperme : endocol + vagin (cul de sac postérieur)
- endocol : culturette dépistage bactériologique non spécifique
- endocol : Chlamydia + Gonocoques PCR

après retrait du vaginoscope/ spéculum :

- sperme : méat urinaire + anus
- biocult : méat urinaire + anus

2. Chez la fillette et l'adolescente (cf techniques de prélèvements)

D. Prélèvements sanguins

a. Sérologie

- sérologie TPHA (Syphilis)
- sérologie Hépatite B et C + HIV
- sérologie Herpès (types I et II)

b. Hormonologie

- β -HCG (test de grossesse)

c. Médico-légaux

- détermination du profil génétique de la victime par identification de l'ADN
- alcoolémie
- toxicologie

E. Prélèvement cellulaire au niveau de la muqueuse buccale

Dans les situations où la détermination du profil génétique sur l'ADN constitue la seule indication à une prise de sang il peut, en particulier chez l'enfant, paraître indiqué de donner la préférence au prélèvement de cellules de la muqueuse buccale par une petite brosse en feutre (exemple : pas d'anamnèse de contact de l'agresseur avec la sphère génitale ou la muqueuse buccale de la victime et absence d'indications pour une recherche toxicologique).

F. Interruption de grossesse ou abortus spontané

Les demandes d'interruption de grossesse sont gérées conformément aux dispositions du Code Pénal Suisse (cf. guide pratique relatif à la prise en charge des demandes d'interruption de grossesse du DGOG).

Le produit du curetage ou le fœtus expulsé, non fixés, sont acheminés le plus rapidement possibles à l'Institut Universitaire de Médecine Légale accompagné d'une fiche AGRESS dûment remplie.

XIX. Matériel à préparer et prélèvements à faire

A. SET D'AGRESSION SEXUELLE DE MEDECINE LEGALE avec le matériel pour les recherches SUIVANTES (abus/ viol il y a \leq 72 heures):

1. Récolte pour la DETERMINATION DU PROFIL GENETIQUE DE LA VICTIME

Prise de sang :

- 1 monovette rouge (2-5 ml)
- prise de sang pour déterminer le profil génétique (ADN) de la victime

Possible alternative au prélèvement sanguin :

- 1 petite brosse en feutre + 1 monovette Eppendorf avec couvercle
- détermination de l'ADN sur un prélèvement de cellules de la muqueuse buccale par frottis

2. Récolte pour des RECHERCHES TOXICOLOGIQUES

Prises de sang :

- 1 monovette jaune (5 ml)
- 1 monovette jaune (5-10 ml)
- 1 pot (50-100 ml)
- alcoolémie
- toxicologie
- ex. toxicologique dans les urines

3. Récolte de MATERIEL SUSPECT D'ETRE DE L'AGRESSEUR

Prélèvements divers :

- 1 tube sans additif
- X tubes sans additif additionnels (prendre des tubes de réserve)
- 4 écouvillons rouges
- **éjaculat présumé** (matériel abondant) ou poils (de la victime) souillés d'éjaculat
- poils (présumés être de l'agresseur) ou/et matériel (détritus) prélevés sous les ongles de la victime à l'aide d'un cure-dent
- frottis pour la recherche de sperme (le marker Y se trouve dans les spermatozoïdes aussi bien que dans les autres cellules de l'agresseur !)
- 1x méat urinaire
- 1x vagin (cul de sac postérieur)
- 1x endocol
- 1x anus (si anamnèse positive)

(ou écouvillon du cathéter voire aspirateur pour nouveau-nés cf ci-dessous)

- (ajouter 2 écouvillons supplémentaires en cas de relations oro-génitales (fellation))
- 1 peigne
- frottis de bouche (sous la langue, gencive face interne et externe, joues, palais)
- pour peigner les poils pubiens à la recherche de poils de l'agresseur

B. MATERIEL DU CHUV pour examens infectiologiques

- 1 culturette **culture bactériologique**
 - endocol/vagin
- (2 biocults **recherche de Gonocoques par culture**
 - endocol
 - anus)
- 1 set AMPLICOR **recherche Chlamydia et Gonocoques par PCR**
 - endocol
- 1 monovette jaune 10 ml **recherche Chlamydia par PCR**
 - urines**recherche Gonocoques par PCR**
 - urines
- 1 monovette blanche 10 ml **sérologie herpes + TPHA**
- 2 monovettes blanches (5 et 10 ml = total 15 ml) **Hépatite B et C**
dépistage HIV
- 1 monovette orange 5 ml **βHCG quantitatif**

XX. Feuilles de demande d'examens

Les demandes d'examen sont à envoyer aux laboratoires concernés avec les prélèvements correspondants.

Institut de microbiologie et Laboratoire de bactériologie médicale :

- culture bactériologique classique
- recherche spéciale : Gonocoques
- PCR Gonocoques et Chlamydia
(*feuilles blanches de bactériologie*)
- TPHA
(*feuilles blanches de sérologie*)
(rajouter sur la demande herpes type I et II)

Division d'immunologie et d'allergie, département de médecine interne :

- Hépatite B et C + HIV (feuille jaune)

Laboratoire d'hormonologie, service de gynécologie-obstétrique :

- β HCG (feuille bleue)

Institut de Médecine Légale :

- PROTOCOLE AGRESSION (ABUS SEXUEL – VIOL – HARCELEMENT – AUTRE)

Agression (abus sexuel - viol - harcèlement - autre maltraitance) - Prise en charge et suivi

XXII. Résumé à l'attention des infirmières

MATERIEL A PREPARER LORS DE CONSTAT EN CAS D'ABUS SEXUEL

Remettre au gynécologue le set pour l'examen gynécologique, soit 4 chemises « kangourous » ainsi que l'enveloppe destinée à la médecine légale.

Pour l'examen gynécologique	Matériel à préparer	Examen	Acheminement – labo
Vagin (ou endocol)	Ecouvillon avec milieu de transport	Frottis – culture	Microbiologie
Vagin	Ecouvillon sec Sans milieu de transport	Recherche de sperme	A joindre dans l'enveloppe de médecine légale (pour l'usage judiciaire)
Endocol	Ecouvillon Amplicor	Chlamydia Gonocoque	Microbiologie
	Ecouvillon sec Sans milieu de transport	Recherche de sperme	A joindre dans l'enveloppe de médecine légale (pour l'usage judiciaire)
Urètre			
	Ecouvillon Amplicor	Chlamydia Gonocoque	Microbiologie
	Ecouvillon sec Sans milieu de transport	Recherche de sperme	A joindre dans l'enveloppe de médecine légale (pour l'usage judiciaire)
Anus			
	Ecouvillon Amplicor	Chlamydia Gonocoque	Microbiologie
	Ecouvillon sec Sans milieu de transport	Recherche de sperme	A joindre dans l'enveloppe de médecine légale (pour l'usage judiciaire)
Eventuellement Autre	Ecouvillon sec Sans milieu de transport	Recherche de sperme	A joindre dans l'enveloppe de médecine légale (pour l'usage judiciaire)

Pour la prise de sang médicale	Monovettes à préparer	Examen	Acheminement – labo
	Mon. Orange 4 ml	β-HCG totale	Endocrinologie
	Mon. Bleue 5,5 ml	Dépistage HIV	Immunologie
	Mon. Bleue 5,5 ml	Dépistage hépatites	Immunologie
	Mon. Blanche 10 ml	Dépistage Syphilis (= VDRL + TPHA)	Sérologie – investigation immunologique des infections
	Mon. Blanche 10 ml	Herpes type I et type II Attention préciser sur le bon	Sérologie – investigation immunologique des infections
	Mon. Rouge 2,7 ml	FSC En vue d'une év. PEP	Laboratoire central Indiquer sur le bon : copie à Médecine 2
	Mon. Orange 2,7 ml	Glycémie, urée, créat., ASAT, ALAT En vue d'une év. PEP	Laboratoire central Indiquer sur le bon : copie à Médecine 2
	Diaslide	Uricult	Microbiologie
Pour la prise de sang MEDECINE LEGALE	2 monovettes Jaune glucose 5,5 ml A prendre dans l'enveloppe de médecine légale	Examens toxicologiques, alcoolémie, GHB (Peuvent rester 3 jours ds le frigo ; ensuite à congeler)	A joindre dans l'enveloppe de médecine légale (pour l'usage judiciaire). Sera ensuite acheminé par eux au labo de toxicologie
	1 Monovette rouge 2,7 ml, EDTA A prendre dans l'enveloppe de médecine légale	Caractéristique ADN, profil génétique (Peuvent rester 3 jours ds le frigo ; ensuite à congeler)	A joindre dans l'enveloppe de médecine légale (pour l'usage judiciaire)
Examen urinaire	1 Flacon en plastique	Examen toxicologiques	A joindre dans l'enveloppe de médecine légale (pour l'usage judiciaire)
Cheveux	Serre-fils, feuille de papier	Examens toxicologiques, GHB (A conserver à température ambiante)	A joindre dans l'enveloppe de médecine légale (pour l'usage judiciaire)

<p>Contenu de l'enveloppe de médecine légale</p> <p>2 monovettes jaune glucose 5,5 ml – examens toxicologiques, alcoolémie, GHB 1 monovette rouge EDTA 2.7 ml – caractéristique ADN 1 écouvillon sec – prélèvement vagin 1 écouvillon sec – prélèvement endocol. 1 écouvillon sec – prélèvement urètre 1 écouvillon sec – prélèvement anus 1 tube transparent – prélèvement de poils, ongles, salive, etc 1 gobelet stérile bouchon rouge – urine pour examen toxicologique</p>	<p>Matériel supplémentaire</p> <p>1 sac en papier pour les vêtements souillés 1 peigne pour éventuels prélèvements 1 enveloppe en papier pour éventuels poils 1 serre-fils</p> <p>Joindre le protocole ou copie de la fiche agression</p>
---	--

Agression (abus sexuel - viol - harcèlement - autre maltraitance) - Prise en charge et suivi

XXII. Techniques de prélèvements chez la fillette et l'adolescente

A. Prélèvements par le vaginoscope

Chez une adolescente il est en générale possible d'utiliser la même technique de prélèvement que chez l'adulte. Il faut toutefois veiller à utiliser un vaginoscope adapté à la taille de l'orifice hyménéal. Les spéculums portant le nom erroné de spéculum virgo ne devraient pas être utilisés pour des filles n'ayant jamais eu de relations sexuelles. Ils ne permettent en général pas un examen indolore et n'ont aucun avantage sur les vaginoscopes.

Chez les fillettes, il est souvent possible d'utiliser un vaginoscope de petite taille pour effectuer un examen vaginal en présence de saignements d'origine indéterminée. Ces vaginoscopes ne permettent cependant pas de laisser passer un écouvillon rouge mis à disposition par la médecine légale. L'utilisation d'un écouvillon de plus petite taille ne permettrait par contre pas de collecter suffisamment de matériel. C'est dans ces cas qu'il convient de recourir au prélèvement endovaginal par aspiration, s'il paraît indiqué, selon l'anamnèse.

B. Prélèvements endovaginaux par aspiration

Chez les **fillettes** ou lorsque l'introduction des écouvillons rouges mis à disposition par l'Institut de Médecine Légale est impossible, faire les **prélèvements vaginaux** par **rinçage-aspiration endovaginal** en se servant d'un **aspirateur de mucoités pour nouveau-nés** (Vygon®) avec réservoir stérile. Ce système peut être utilisé en aspiration directe ou en branchant la « sonde trachéale » sur une seringue de 5 ml remplie d'env. 2 ml NaCl stérile (alternative : cathéter pour aspiration bronchique de 2,7 mm de diam. ou cathéter à « oxygène » vert, ch 10) .

Ce liquide de rinçage est envoyé en médecine légale dans le tube sans additif du set de médecine légale ou alors directement dans le réservoir de l'aspirateur avec lequel il a été prélevé.

Préciser à l'intention du Laboratoire de l'Institut de Médecine Légale de prélever la quantité de liquide nécessaire à la recherche du sperme puis d'envoyer le liquide restant au laboratoire de bactériologie pour les analyses bactériologiques. Joindre à cet envoi les feuilles de demande d'examens pour la microbiologie, dûment remplies.

Lorsqu'un prélèvement par rinçage-aspiration n'est pas possible, utiliser un mini-tampon sur tige plastique ou métallique tels qu'ils sont parfois utilisés pour la recherche de Chlamydia.

NB : ces techniques de prélèvements peuvent également être utilisées pour faire un prélèvement bactériologique en dehors du délai de 72 heures ou en dehors d'une suspicion d'abus sexuel (par ex. lors de consultation pour une suspicion de vulvo-vaginite). Le liquide de rinçage endovaginal est alors directement envoyé au laboratoire correspondant.

C. Prélèvement par balayage vulvaire, périnéal et anal

A la place des prélèvements urétraux et anaux, qui sont impossibles chez la fillette en raison de la taille des écouvillons, il est préférable d'utiliser deux écouvillons rouges de médecine légale humidifiés avec du NaCl stérile et d'effectuer un balayage large sur les régions uréthrale, vulvaire, périnéale et anale, ainsi que sur les zones où il y a eu un contact par frottement. *Suite à un tel contact, le balayage peut permettre de récolter des cellules de l'agresseur, même en absence de pénétration ou d'éjaculation !*

XXIII. Destination des protocoles et des prélèvements

A. Documentation

Une copie de chaque PROTOCOLE AGRESSION ainsi qu'une copie de chaque rapport concernant une telle situation doit être remis à la Dresse Renteria, DGOG. Ceci permet dans un premier temps de regrouper les informations et de coordonner ensuite le suivi des patientes, ainsi que de faire le lien avec le CAN-TEAM pour les mineures.

B. Examens bactériologiques, sérologies, ex. hormonaux

Les examens concernant la santé de la victime sont adressés aux différents laboratoires du CHUV cf. feuilles de demande d'examens.

C. SET AGRESSION SEXUELLE, vêtements, protocole

Les vêtements de la victime, set complet avec une photocopie du PROTOCOLE AGRESSION est à faire parvenir à l'INSTITUT DE MEDECINE LEGALE, RUE DU BUGNON 21, 1005 LAUSANNE

Il est important de **préciser le nom du juge, le cas échéant celui de l'agent de police en charge du dossier, et d'indiquer si la victime ou sa famille porte plainte ou non.**

Les tubes, écouvillons et év. autres envois doivent être annotés en indiquant le nom de la patiente, le contenu, l'endroit du prélèvement ainsi que la date.

D. Transport du matériel

1. Pour les cas où la patiente est accompagnée par la Police (inspecteur/ inspectrice)

Il s'agit donc de situations où la patiente ou sa famille a soit porté plainte, soit le délit est poursuivi d'office. En vue de l'administration centralisée des données ADN identifiées dans de telles situations, il est nécessaire d'anonymiser les échantillons prélevés à visée médico-légale avant que l'Institut de Médecine Légale procède aux examens. La Police a donc l'obligation de remettre le matériel immédiatement à l'identité judiciaire avant de l'acheminer en médecine légale.

C'est pour cette raison que le matériel prélevé à l'intention de l'Institut de Médecine Légale doit être remis à l'agent qui est en charge du dossier. Il se charge de le faire identifier par un numéro auprès de l'identification judiciaire et le ramène ensuite dans les meilleurs délais et conditions à l'institut, accompagné du résumé de la situation selon le PROTOCOLE AGRESSION, que le médecin lui a remis *sous plis*.

2. Dans tous les autres cas

Entre 06h30 et 16h00 :

Téléphoner toujours à **M. PILLLOT (bip longue distance No 46000)**. Il s'occupe d'acheminer les prélèvements. EN ATTENDANT il faut conserver les prélèvements AU FRIGO (4-10°C) mais seulement **après séchage des écouvillons et des vêtements à température ambiante**. Utiliser pour le stockage et le transport des sacs en papier et non des sacs en plastique, ou alors les laisser ouverts afin que l'air puisse circuler. Toute humidité nuit très sérieusement à la qualité des prélèvements.

Entre 16h00 et 06h30, le weekend ou les jours fériés :

Après séchage des écouvillons de la médecine légale et des vêtements à température ambiante, les mettre AU FRIGO (4-10°C).

Transmission à l'équipe infirmière reprenant le service de jour qui avertira **M. PILLLOT**, respectivement le coursier externe, au bip longue distance **No 46000**.

L'Institut de Médecine Légale est généralement déjà averti par la police, si le constat est demandé par cette dernière, et les collaborateurs de l'institut vont donc de leur côté s'enquérir du devenir des prélèvements. Afin d'assurer la qualité de l'analyse des prélèvements, il reste cependant primordial que le matériel soit acheminé sans perte de temps pendant la journée ou le lendemain des jours fériés.

XXIV. Mesures préventives

A. CONTRACEPTION POST-COITALE CPC (délai < 72h)

En présence d'une indication, donner à la patiente un comprimé contenant 1,5 mg de lévonorgestrel (NorLevo® Uno). Prescrire une nouvelle dose en cas de vomissements dans les 3 heures après la prise. Transmettre à la patiente les instructions habituelles concernant la contraception d'urgence.

Proposer également une CPC aux filles prépubères n'ayant pas encore les règles mais une oestrogénisation vulvo-vaginale marquée et dont le développement pubertaire correspondant à un stade Tanner T3 et P3.

B. PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION VIH

1. Evaluation du risque

Depuis 2005 le Center of Disease Control (CDC) reconnaît l'intérêt de la prophylaxie post-exposition VIH dans les cas de violence sexuelle.

Le risque d'une possible contamination doit être évalué avec la patiente selon les critères suivants:

- le type d'acte sexuel (pénétration vaginale ou/et anale sans préservatif avec éjaculation ; rupture du préservatif suite à l'éjaculation ; contact des muqueuses buccales avec du sperme) ; présence de lésions des muqueuses
- le type d'agresseur (séropositivité ; sérologie indéterminée avec agression sexuelle survenue pendant la phase menstruelle ; agresseur originaire d'un pays à forte prévalence pour le virus HIV).

2. Agresseur connu

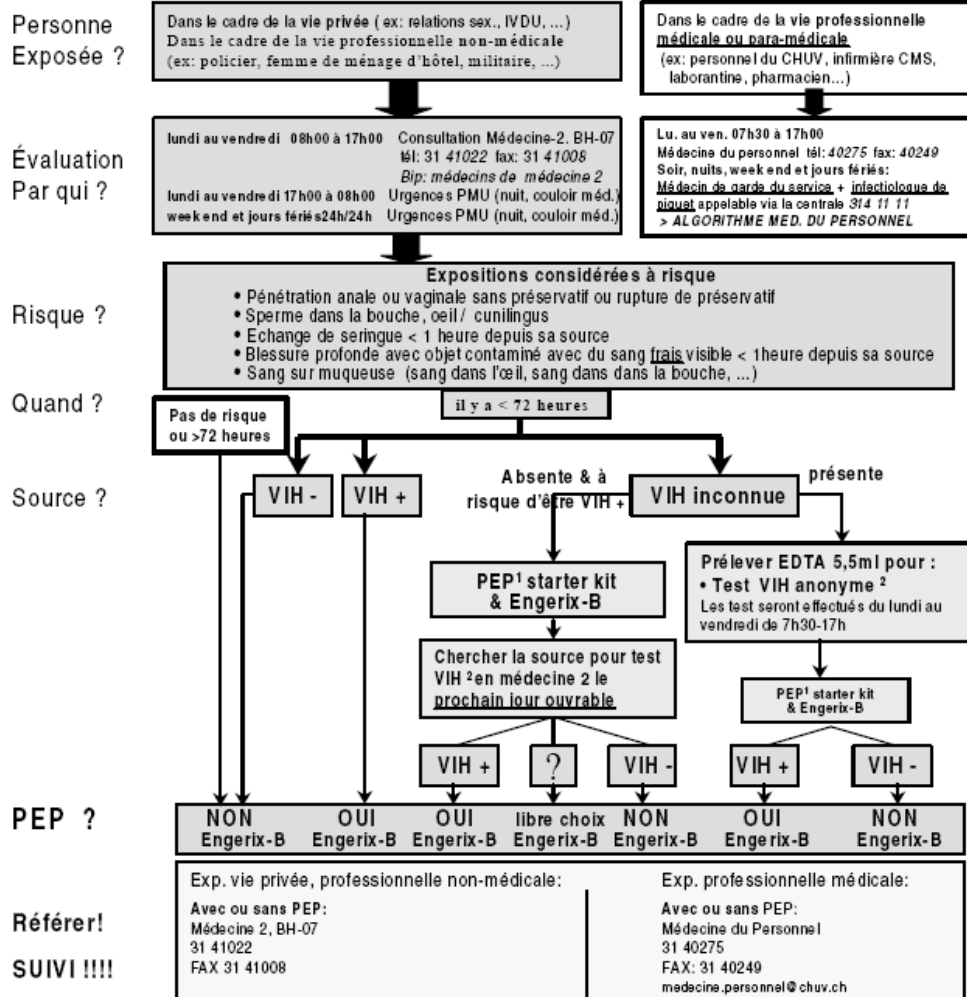
Si l'agresseur est connu, il faut proposer (par l'intermédiaire de la patiente, du médecin ou de l'autorité pénale) un test HIV d'urgence anonyme et gratuit chez l'agresseur (tél. 314 07 88 ou immunologue de garde 314 11 11 ; le résultat est disponible dans l'heure qui suit). Le but est d'éviter à la patiente un traitement préventif lourd, et de permettre l'arrêt de la prophylaxie post-exposition débutée, si le test rapide s'avère négatif. Dans les rares cas où la quantité prélevée de l'éjaculat présumé est abondante, il est possible d'en envoyer une partie au Laboratoire d'Immunologie pour une détection VIH. L'autre partie est impérativement acheminée à l'Institut de Médecine Légale.

3. Risque de contamination significatif

Si le risque de contamination paraît significatif, proposer à la patiente une prévention post-exposition qui doit

Arbre décisionnel «Prophylaxie Post-Exposition au VIH», médecine II, Dr M. Cavassini cf. intranet CHUV

Prophylaxie Post-Exposition aux liquides biologiques (PEP)



¹ PEP: Combivir 2 x 1cp / jour et Kaletra 2 x 2cp/ jour avec repas. (starter kit 3j. au couloir urg.)
 Si la personne source est VIH + contacter le piquet d'infectiologie via la centrale (314 1111).
² Avertir la labor. d'immuno le jour ! Lu-ve. 7 h-17 h Tél: 40822 N.B: **Bon + tube EDTA 5,5ml
 à stocker au frigo du 19ème en chimie clinique.**

Remarques importantes: Lors de consultation de PEP la personne exposée doit avoir un
 prélèvement de sang pour test HIV, HBV +/- HCV (selon le risque) et si prescription de PEP: FSS,
 ALAT, créatinine, glucose au jour 1 et 14.



**INFORMATION AU PATIENT
LORS D'UNE PRISE DE PROPHYLAXIE VIH POST EXPOSITION (PEP)**

Vous avez peut-être été exposé au virus d'immunodéficience humaine (VIH).
Les médicaments qui vous ont été prescrits vont potentiellement empêcher le VIH de vous infecter.
Voici quelques informations importantes que vous devez connaître :

1. **Votre probabilité de devenir séropositif(ve) (VIH +) est faible.** Les médicaments devraient empêcher le VIH de vous infecter mais il n'y a pas de garantie absolue de succès.
2. **Prenez les médicaments aux bonnes heures et durant la totalité des 4 semaines.** Durant cette période difficile, nous vous encourageons à faire des activités qui vous plaisent. Le repos, le sport et l'activité professionnelle sont encouragés !
3. **Si vous avez des rapports sexuels** – qu'ils soient toujours protégés jusqu'à certitude d'être séronégatif(ve) (VIH -) c'est à dire durant **4 mois**.
4. **Ne pas donner votre sang, ne pas allaiter jusqu'à certitude d'être VIH négatif(ve) (4 mois).**
5. **Si vous arrivez à contacter la personne source qui vous a possiblement exposé au VIH,** demandez-lui si elle a eu un test VIH récemment et si vous pouvez avoir une copie du résultat. Si elle n'a pas eu de test récent, demandez-lui de se présenter à notre consultation de médecine 2 (lundi-vendredi) pour un dépistage anonyme du VIH et **de l'hépatite B**.
6. **Les médicaments prescrits / effets secondaires fréquents – posologie :**
Combivir : nausées, perte d'appétit, maux de tête, fatigue.
(1 comprimé 2 x /jour à 12 heures d'intervalle)
Kaletra cp : flatulences, diarrhées, augmentation du taux de cholestérol
(2 comprimés 2 x/jour à 12 heures d'intervalle)

Il est recommandé de prendre ces médicaments avec de la nourriture.
En cas d'effets secondaires invalidants, prière de nous contacter (tél. 021/314 10 22).
7. **Les médicaments prescrits ont des interactions fréquentes avec d'autres médicaments.**
Informez-nous systématiquement avant la prise d'autres médicaments afin que nous puissions vous informer des risques potentiels
8. **Votre prochain rendez-vous doit être planifié au plus tard dans 2 semaines pour un contrôle sanguin à la consultation de médecine 2 (BH 07, 1011 CHUV).**
9. **Nous vous encourageons vivement à vous faire vacciner contre l'hépatite B** en 3 doses (0, 1 et 6 mois)
10. **Un test de dépistage du VIH devra être effectué dans 4 mois**

Nous restons à disposition pour plus d'information ou en cas de problème lié à votre traitement.

C. Traitement post-exposition HIV préventif et suivi

Le traitement proposé actuellement est le suivant :

AZT + 3TC (Combivir®) : 2 x 1 cp/j. et Lopinavir/Ritonavir (Kaletra®) 200/33 mg : 2 x 2 cp/j.

La prévention est débutée aux urgences du DGO (Starter-kit pour 3 jours).

La patiente est ensuite adressée à la Consultation de Médecine II (tél. 314 10 22) pour le suivi. La transmission de l'information se fait au moyen de copies de la consultation AGRESS et de la feuille jaune (PEP), qui sont faxées à la Consultation de Médecine II (cf. documents annexes).

Le traitement doit être poursuivi pendant 2 à 4 semaines en tout.

1. Effets secondaires

Les effets secondaires principaux possibles sont les suivants : diarrhée, nausées, anémie, év. leucopénie et neutropénie.

2. Examens de contrôle sous traitement

- un contrôle de la FSC et des tests hépatiques doivent être faits dans un délai de 7-10 j. après le début du traitement.
- procéder à des tests-VIH de contrôle à 3, 6 et év. 9 mois.

Ce suivi (bilan de contrôle des sérologies hépatites) est assuré par le Service de Médecine II, en alternance avec les consultations de contrôle déjà prévues au DGOG (Chlamydia, Gonocoques et autres IST, suivi psycho-social).

Conseiller à la patiente l'utilisation de préservatifs lors d'éventuels rapports sexuels jusqu'à la confirmation du test-VIH négatif à 3 mois.

D. PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION HEPATITE B

1. Exposition probable ou présumée

En cas d'exposition probable ou présumée (pénétration vaginale ou/ et anale ; contact des muqueuses avec le liquide séminal) proposer une prophylaxie post-exposition chez les patientes suivantes :

2. Patientes sans vaccination préalable

L'immunisation passive est indiquée. Le traitement préventif par immunoglobulines doit être associé à une vaccination préventive contre le VHB. Administrer 10 ml (enfants 5 ml) d'Immunglobulin Anti-Hepatitis B SRK® = 800UI d'anti-HBs dans les 72 h après l'exposition probable et débiter dans la même séance l'immunisation active par Engerix B® 20µg d'HBsAg/1 ml (Engerix B Junior® 10µg d'HBsAg/0.5 ml jusqu'à <15 ans) ou Twinrix® (Twinrix Junior®) pour une protection combinée contre les hépatites A et B. Cette vaccination doit être répétée à 1 mois et 6 mois de la première injection.

3. Patientes avec protection vaccinale non confirmée

Protection vaccinale non confirmée (vaccination antérieure sans dosage des anticorps) : administrer 1 ml d'Engerix-B (Engerix B Junior®) pour un effet booster.

XXV. Démarches judiciaires

A. Démarches judiciaires immédiates par les équipes soignantes

Contactez la Dresse Renteria ou le Dr Cheseaux, responsable du CAN-Team (Child Abuse and Neglect Team) ou les assistantes sociales du service de pédiatrie, lorsque la situation exige une démarche judiciaire immédiate, par exemple en vue d'une suspension du droit de visite pour protéger des enfants.

Lorsque la patiente ou sa famille est en danger, il est également possible de contacter directement le Service de Protection de la Jeunesse, ou selon la situation le Juge de paix ou le Juge d'instruction du district, voire également la Police en cas de risque de collusion.

Cf. annexes : Code Pénal Suisse.

Toutes ces instances possèdent un service de garde. Les renseignements concernant le magistrat de garde peuvent être obtenus auprès de la Police Cantonale ou la Police Municipale (no de tél. voir ci-dessous).

B. Déposition d'une plainte pénale par la patiente ou la famille

1. Pour les faits qui se sont produits dans le canton de Vaud

Police Cantonale, Police de Sûreté, Brigade des mineurs et mœurs, Centre Blécherette, 1052 Mont-sur-Lausanne, tél. 644 44 44 (ligne directe depuis le CHUV 964 44 44).

2. Pour les faits qui se sont produits dans la ville de Lausanne

Police Municipale, Police Judiciaire, Brigade des mineurs et des mœurs, Hôtel de Police, St-Martin 33, 1002 Lausanne, tél. 315 15 15.

Il est souhaitable que la ou les personnes qui souhaitent déposer une plainte avertissent préalablement la Police de leur venue.

Voies officielles de signalement des enfants à protéger cf. annexe

XXVI. Loi sur la protection de la jeunesse

Loi du 29 novembre 1978 sur la protection de la jeunesse :

A. Dépistage et enquête sociale

Art. 4. Chacun est fondé à signaler au département ou aux services communaux compétents les cas d'enfants ou d'adolescents en faveur desquels leur intervention se justifierait.

Ont le devoir de signaler les cas parvenus à leur connaissance les membres des autorités judiciaires, les préfets, les municipalités, les autorités scolaires et ecclésiastiques, les membres du corps enseignant, les personnes qui exercent l'aide sociale, les travailleurs sociaux et les délégués auprès des mineurs placés. Les membres du corps médical ont le même devoir, notamment dans les cas de mauvais traitement de mineurs ; ils signalent ces cas au médecin cantonal, qui transmet au département les renseignements nécessaires à la protection des mineurs en danger.

Le département prend alors les informations et les mesures nécessaires, d'entente avec les parents ou le tuteur. A défaut d'entente, il saisit s'il y a lieu l'autorité tutélaire, le cas échéant l'autorité pénale.

Les personnes mentionnées aux alinéas 1 et 2 peuvent aussi saisir directement l'autorité tutélaire.

XXVII. La plainte pénale

Les témoignages confirment que déposer plainte et déclencher une procédure judiciaire peut représenter, au-delà des épreuves auxquelles cette démarche expose, un acte positif susceptible d'aider la personne à se reconstruire.

Prendre une telle décision n'est pas toujours aisée pour la victime. Il est de ce fait important de mettre d'emblée tout en œuvre pour rassembler les preuves, indépendamment du fait qu'une plainte a été déposée ou non. Il est cependant nécessaire d'informer la victime des délais de prescription d'une part, mais également et surtout des délais fixés par l'Institut Universitaire de Médecine Légale pour la conservation du matériel prélevé. Sans nouvelles de la victime le matériel sera détruit après une année. La victime doit adresser une demande écrite à l'IUML avant le terme de ce délai, afin de Demander une prolongation de la durée de conservation (cf. document ad hoc).

XXVIII. Les délais de prescription

La consultation L.A.V.I. sera la plus à même de donner les informations adéquates aux personnes concernées (victime ou proches).

L'art. 97 du Code pénal Suisse définit les délais de prescription de l'action pénale

1. L'action pénale se prescrit:

- a. par 30 ans si l'infraction est passible d'une peine privative de liberté à vie;
- b. par quinze ans si elle est passible d'une peine privative de liberté de plus de trois ans;
- c. par sept ans si elle est passible d'une autre peine.

2. En cas d'actes d'ordre sexuel avec des enfants (art. 187) et des mineurs dépendants (art. 188), et en cas d'infractions au sens des art. 111, 113, 122, 182, 189 à 191 et 195 dirigées contre un enfant de moins de 16 ans, la prescription de l'action pénale court en tout cas jusqu'au jour où la victime a 25 ans.

Le chiffre 2 de l'art. 97 du Code pénal est applicable lorsqu'il s'agit d'actes d'ordre sexuel avec les enfants

En cas d'actes sexuels impliquant des enfants (art. 187) et des mineurs dépendants (art. 188), et en cas d'infractions au sens des art. 111 (homicide volontaire), 113 (meurtre), 122 (lésion corporelle grave), 182 (traite d'êtres humains), 189–191 (contrainte sexuelle, viol, atteinte à l'honneur sexuel) et 195 (encouragement à la prostitution) dirigés contre un enfant de moins de 16 ans, la prescription de l'action pénale court en tout cas jusqu'au jour où la victime a 25 ans.

La prescription ne court plus si, avant son échéance, un jugement de première instance a été rendu.

La prescription de l'action pénale en cas d'actes d'ordre sexuel avec des enfants (art. 187) et des mineurs dépendants (art. 188), et en cas d'infractions au sens des art. 111 à 113, 122, 182, 189 à 191 et 195 dirigées contre un enfant de moins de 16 ans commis avant l'entrée en vigueur de la modification du 5 octobre 2001 est fixée selon les al. 1 à 3 si elle n'est pas encore échue à cette date.

Concernant la production (et la diffusion) de matériel de pornographie enfantine (images) c'est l'art. 197,3 CP qui est applicable ; le délai de prescription est alors de 7 ans (art. 97).

En vertu de l'art. 101 du Code Pénal, les crimes contre l'humanité (ex. crime organisé dirigé contre des mineurs) sont exclus de la clause de prescription.

XXIX. Set agression sexuelle (Institut de Médecine Légale)

A. Indications

Utiliser le SET AGRESSION SEXUELLE de l'INSTITUT DE MEDECINE LEGALE en cas d'agression sexuelle (abus/viol) survenue dans les 72 heures précédant la consultation médicale, tout en respectant les indications spécifiques concernant les fillettes.

B. Mise en attente du matériel prélevé

Il est impératif de faire des prélèvements complets dans tous les cas où il y a une indication, même si la plainte n'a pas encore été déposée ou que la patiente hésite à le faire. C'est au médecin de spécifier dans sa demande que les prélèvements soient conservés par l'Institut de Médecine Légale jusqu'à la prise d'une décision. Cette mise en attente ne génère pas de frais, que ce soit pour la patiente ou pour sa famille.

C. Questions relatives à l'utilisation du set

En cas de **PROBLEMES** ou de **QUESTIONS** concernant les délais pour l'utilisation du SET AGRESSION SEXUELLE, contacter M. Vincent Castella, Institut Universitaire de Médecine Légale, Bugnon 21, 1005 Lausanne, tél. 021 314 70 58, bip 747 058.

D. Commande de sets complémentaires

Le SET AGRESSION SEXUELLE peut être commandé au tél. 021 314 70 73 (interne 47073).

XXX. Centre de consultation pour victimes d'infractions à L.A.V.I.

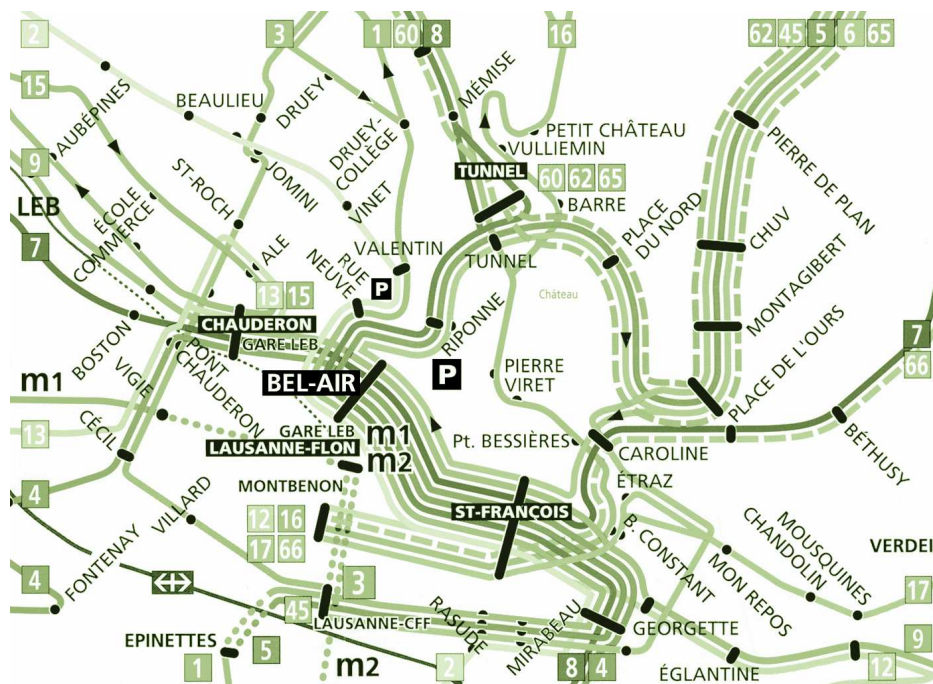
Le Centre de consultation L.A.V.I. répond aux demandes des victimes elles-mêmes ou de leur entourage (lésions corporelles, agressions sexuelles, menaces graves). Les consultations sont gratuites.

Les patientes et leur famille peuvent s'y adresser pour obtenir des informations sur le possible décours d'une procédure pénale. L.A.V.I. offre soutien, accompagnement pour les démarches administratives et juridiques, et aide matérielle. Il n'est toutefois pas nécessaire d'avoir ouvert une procédure pénale pour s'y adresser.

Ce service peut assister les patientes et leur famille qui hésite devant la décision de déposer une plainte ou non. L.A.V.I. peut également soutenir les femmes battues dans les différentes démarches juridiques.

Centre de consultation pour victimes d'infractions, **L.A.V.I.** (Loi fédérale sur l'Aide aux Victimes d'Infractions), Rue du Grand-Pont 2 bis, 1003 Lausanne, 021 320 32 00, Fax : 021 312 78 97.

Pour les horaires et autres renseignements : www.profa.org; e-mail : admin@profa.ch



Tous les cantons disposent d'une consultation L.A.V.I. (Opferhilfestelle). Leurs adresses se trouvent sous : <http://www.opferhilfe-schweiz.ch/wFranz/index.asp>

Un dépliant concernant le centre de consultation L.A.V.I. doit être remis à toutes les personnes consultant dans un contexte de violence.

Pour être reconnue victime au sens de la L.A.V.I. (Loi Fédérale sur l'Aide aux Victimes d'Infractions), il faut :

- qu'il ait eu infraction au Code Pénal Suisse
- que celle-ci ait causé une atteinte directe à l'intégrité physique, sexuelle et/ou psychique
- qu'elle soit d'une certaine gravité comme des coups et blessures, des menaces de mort verbales répétées, etc. Par contre les gifles et les coups qui ne laissent pas de marque sont bien des infractions au Code Pénal appelées en terme juridiques "voies de fait", mais ne sont pas reconnues comme infractions au sens de la L.A.V.I..

Les proches peuvent être reconnus comme victimes indirectes.

XXXI. Consultations de contrôle et suivi des patientes après agression sexuelle

Il est indispensable de prévoir pour toutes les patientes au moins une **consultation de contrôle dans un délai de 2 semaines (1 à 14 jours)** après la première consultation. La patiente sera informée quant à la nécessité de consulter plus tôt que prévu en cas d'apparition de symptômes tels que douleurs pelviennes, douleurs ostéo-articulaires ou apparition d'hématomes pas encore visibles au moment de la première consultation. Le médecin lui donnera également les informations utiles qui permettront à la patiente d'accéder au soutien psycho-social nécessaire en cas de apparition secondaire de symptômes de détresse en lien avec à l'agression.

Le rôle des rendez-vous ultérieurs est d'informer la patiente des résultats des examens paracliniques, d'effectuer éventuellement des examens complémentaires et de compléter les vaccinations si nécessaire. Ces consultations doivent également inclure une évaluation psycho-sociale.

La première consultation de contrôle peut avoir lieu avec le médecin qui a pris en charge la patiente au moment de la consultation initiale. Dans les autres cas et pour les consultations suivantes, le rendez-vous est organisé à la consultation de psycho-somatique de la polyclinique du DGOG, à la consultation de gynécologie pédiatrique et de l'adolescence au DGOG ou à la consultation de gynécologie de l'adolescente à l'UMSA - CHUV, Beaumont 48 à Lausanne, ou selon sa demande avec son médecin traitant.

A. Anamnèse intermédiaire (deuxième consultation et suivantes)

Le suivi médical a pour but d'évaluer les points suivants :

- Exploration somatique et psycho-sociale afin de dépister des problèmes physiques ou psychiques consécutifs à l'agression et/ ou de modification de la vie sociale et relationnelle.
- Maintien ou reprise des activités habituelles ? contacts sociaux ? vie relationnelle ?
- Symptômes neuro-végétatifs ; syndrome de stress post-traumatique ? implications dans la vie quotidienne ?
- Réaction/ soutien de l'éventuel partenaire, de l'entourage ?
- Aborder les éventuelles craintes liées à la sexualité, la perte de l'estime de soi, d'éventuelles dysfonctions sexuelles secondaires.
- En particulier chez les adolescentes : éducation sexuelle (connaissances, compréhension, rapport à la sexualité) ? Eventuelle mise en danger (comportements exploratoires sur le plan sexuel et dans d'autres domaines, par ex. abus de substances) ?

B. Bilan médical à distance après agression sexuelle

Ce bilan de base comprend les examens complémentaires suivants :

- Test de grossesse
- Recherche de Chlamydia et de Gonocoques par PCR dans les urines
- Bilans sanguin et hépatique en cas de prophylaxie post-exposition VIH (selon protocole médecine II)
- Test VIH à 3, 6 et év. 9 mois, exception faite des situations où la séro-négativité de l'agresseur est confirmée
- Ev. sérologies hépatites (selon protocole médecine II)
- VDRL
- Ev. prélèvement d'une mèche de cheveux pour recherche Gamma-hydroxybutyrate GHB (en cas d'anamnèse suspecte, par exemple avec amnésie).

Coordonner les différents rendez-vous avec le médecin II en cas de prophylaxie post-exposition VIH (les bilans sanguins et les sérologies VIH et hépatite seront alors fait en médecine II).

D'autres examens peuvent être indiqués en fonction des symptômes présents.

C. Démarches en cours

Prise de connaissance des démarches entreprises par la patiente (et/ou son répondant légal) : dépôt de plainte ? Consultation L.A.V.I. ? autre suivi médical, psychologique ou social ? intervenants ?

D. Orientation dans le réseau

Organisation de la suite de la prise en charge en fonction des besoins de la patiente et en collaboration avec les réseaux interne DGOG-CHUV (cf. arbre décisionnel DGOG) et le réseau externe (cf. carte du réseau « C'est Assez »).

E. Avenir - empowerment

Une agression sexuelle peut surgir dans la vie d'une femme comme un événement unique. Il s'avère cependant qu'il n'est pas rare que des adolescentes, mais aussi des adultes, se trouvent plusieurs fois prises dans des relations abusives ou victimes d'agressions sexuelles. Réfléchir à des stratégies de prévention comme cela se fait pour les enfants paraît donc légitime et nécessaire.

Penser prévention ne signifie en aucun cas minimiser la responsabilité du ou des agresseurs, ni mettre en doute les victimes. Ecarter toute notion de prévention des réflexions relatives au sujet de la violence envers les femmes (et les hommes) reviendrait à nier le besoin de l'individu et de la population de prendre une part active dans la lutte face à un réel danger et à faciliter la tâche des agresseurs.

Réfléchir en termes de prévention semble s'imposer d'autant plus quand il s'agit de mineures où la responsabilité de la société est encore plus engagée. Aucun élément qui pourrait peut-être influencer sur le cours des événements ne doit être négligé. L'enjeu est important puisqu'il a été démontré que les viols sur « rendez-vous » (« dating violence ») étaient associés à un taux significativement plus élevé à des troubles du comportement alimentaire, à une baisse de l'estime de soi, à des taux plus élevés de tentatives de suicide et à un niveau inférieur de bien-être émotionnel.

Les narrations relatant des violences sexuelles, en particulier des formes de violences nommées dans la littérature américaine « date rape/ acquaintance rape » ou « viol sur rendez-vous » contiennent souvent des éléments évoquant les problèmes suivants :

- Difficulté chez la victime à identifier ses propres besoins et à les différencier de ceux du partenaire.
- Difficulté qu'éprouve la victime à communiquer ses besoins et ses désirs et/ou de reconnaître le non-respect de sa personne dont fait preuve le partenaire .
- Ignorance ou interprétation erronée des signes non verbaux.
- A l'adolescence, parfois un sentiment d'invulnérabilité et une anticipation insuffisante d'un danger potentiel.
- Capacité de jugement ou de défense altérée par la consommation d'alcool ou de drogues.
- Absence de liens protecteurs ou/et de confiance (amis ; famille).

Conseils pour améliorer le sentiment de sécurité personnel

Basé sur ces observations, le concept sur lequel reposent les nombreuses approches de prévention est d'encourager les filles et les femmes à s'affirmer et à se donner l'espace nécessaire pour dire non et poser leurs limites. Mais il est aussi important de montrer aux garçons et aux jeunes hommes des images de femmes fortes et déterminées.

Il est possible d'aborder le thème lors des consultations ou entretiens individuels par exemple au planning familial. L'entretien peut être construit autour des messages suivants, qui visent à améliorer le sentiment de sécurité personnel :

Soyez attentive à votre entourage. Observez les situations inquiétantes ou les comportements intimidants ou qui vous mettent mal à l'aise. Rappelez-vous qu'une relation peut être abusive. Si quelqu'un ne respecte plus vos désirs ou vos limites, il pourrait être une personne à même de profiter de vous.

Planifiez à l'avance. Veillez à ce qu'il y ait toujours quelqu'un qui sache où vous êtes, où vous allez et quand vous pensez revenir. Cherchez à avoir quelqu'un à votre disposition pour aider en cas d'urgence.

Faites confiance à vos instincts. Ne remettez pas en question votre intuition. Si une situation vous paraît douteuse, partez. Rappelez-vous que même des gens que vous connaissez bien pourraient vous faire du mal.

Soyez confiante. Restez alerte, faites des contacts oculaires, affirmez-vous.

(King county Sexual Assault Resource Center)

XXXII. Comparution comme témoin ou comme expert au tribunal

Intervention médico-légale

Un relevé soigneux de l'anamnèse, un examen physique approfondi et une documentation détaillée, suivant un protocole d'agression sexuelle établi, diminuent la nécessité d'un témoignage ou d'une comparution ultérieure devant la justice.

Voici quelques conseils pour les professionnels amenés à être entendus devant la justice.

Conditions

Le soignant doit être délié du secret médical et du secret de fonction. Le fait que le secret médical a été levé est la plupart du temps déjà indiqué dans le mandat de comparution. La levée du secret de fonction implique d'adresser (par fax ou courrier interne) une demande à M. Crespo, juriste du CHUV, accompagnée d'un bref résumé des motifs.

Préparation

Une bonne préparation est requise. Elle commence par la relecture de l'entier du dossier médical et une revue de la littérature pertinente par rapport à la situation. Il est utile de planifier la façon dont seront expliquées les observations médicales et comment le cas sera présenté et développé devant le juge ou les membres du tribunal.

Il est conseillé de s'exercer avec le responsable hiérarchique à répondre à titre d'exemple à des questions probables : discuter les résultats significatifs, apporter une contribution par une approche logique lors du témoignage, discuter d'éventuelles issues controversées ou remises en question par une autre expertise, discuter « les points faibles » du cas, préparer d'éventuelles aides permettant de mieux visualiser les informations.

Eviter toute discussion informelle ou publique autour du cas.

Devant le juge ou au tribunal

Une fois au tribunal, écouter attentivement jusqu'à la fin de la question avant de répondre. Ne pas répondre à une question qui n'est pas clairement comprise (Demander une clarification ou une reformulation). Veiller à donner des réponses simples. Ne pas divulguer des informations tant qu'elles n'ont pas été sollicitées.

Il est déconseillé de donner des explications complémentaires qui ne se rapportent pas directement à la question. Le but est de maintenir les réponses aussi simples que possible.

Se concentrer sur la vérité (ne pas s'inquiéter de savoir si la réponse va nuire ou aider le cas). Le contraire peut nuire à la crédibilité du témoin ou de l'expert et donc également au cas présent ou lors d'interventions ultérieures.

Admettre si une question dépasse le domaine d'expertise.

Ne pas répondre après qu'un avocat ait objecté. Attendre la décision du juge.

Ne pas se laisser déstabiliser. Ignorer d'éventuelles allusions, sous-entendus ou insinuations.

Debriefing

Partager l'expérience avec le responsable hiérarchique.

XXXIII. Autres intervenants (prise en charge multidisciplinaire)

ENFANTS

A. Pédo-psychiatrie

Dans les situations nécessitant une prise en charge pédo-psychiatrique ambulatoire en urgence, Demander une consultation au service de pédo-psychiatrie de liaison (bip de garde 741 990).

L'Accueil et Traitement de l'Enfant Maltraité et Abusé (ATEMA), rattaché au Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) peut intervenir en cas d'indication à une évaluation psychiatrique diagnostique de la situation et/ ou en vue d'une orientation thérapeutique.

ATEMA propose des consultations sur rendez-vous et des interventions auprès des enfants et des adolescents victimes ou auteurs de maltraitance et/ ou d'abus sexuels, ainsi que leurs parents. Une telle évaluation peut également être organisée auprès des centres de pédo-psychiatrie régionaux ou de la CIMI (voir ci-dessous).

ATEMA a également un rôle de référence pour l'ensemble du SUPEA en ce qui concerne la maltraitance et les abus sexuels. Elle est à la disposition des différentes équipes ambulatoires et hospitalières pour la discussion de situations complexes, pour un avis ou un renseignement spécifique.

ATEMA

Av. de la Chablière 5, 1004 Lausanne
Tél.: 021 627 26 15 - Fax : 021 627 26 49

ATEMA

Av. de la Gare 34, 1022 Chavannes
Tél. : 021 637 26 00 - Fax : 021 635 73 63

B. Pédiatrie

Les besoins de protection de l'enfant et les investigations médicales ou psycho-sociales peuvent dans certains cas nécessiter une consultation ambulatoire (HEL) ou une hospitalisation médico-sociale en pédiatrie (CHUV ou HEL). Il convient alors contacter le **CAN-Team** (CHUV ou HEL), respectivement le médecin responsable Dr Cheseaux, bip 743 574, ou un des chefs-de-cliniques de garde (CHUV ou HEL). En cas de suivi ambulatoire, il est également possible d'adresser les patientes, les parents ou leur répondants au **Service social de pédiatrie** (CHUV ou HEL) en vue d'un soutien ou/ et dans le but d'investigations complémentaires sur le plan social (assistante sociale de pédiatrie, tél. 43 575).

C. CAN-Team (Child Abuse and Neglect Team) = Groupe de Protection de l'Enfance (GPE)

Il s'agit d'un groupe multidisciplinaire intra-hospitalier qui a pour but de coordonner la prise en charge des situations de maltraitance et d'abus sexuel selon le principe de la concertation, en s'appuyant sur l'appréciation (résultats des investigations, savoir et expérience) des représentants des différentes professions représentées. Le CAN-Team a une fonction consultative. Les séances du CAN-Team ont lieu tous les lundis de 14h à 15h en alternance au DMCP-CHUV ou à l'HEL. La prise en charge clinique ainsi que le suivi restent toutefois du domaine de chaque intervenant (CAN-Team cf. directives CHUV).

D. Service de protection de la jeunesse (SPJ)

Le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) centre son travail sur la protection et l'accompagnement de l'enfant dans sa famille et le soutien aux professionnels dans leur mission de protection de l'enfance.

Consulter également les directives institutionnelles du CHUV relatives à la procédure s'appliquant en cas d'indication à un signalement au SPJ.

SPJ

Bâtiment administratif de la Pontaise
Av. des Casernes 2 1014 Lausanne Tél. 021 316 53 53

<http://www.vd.ch/spj>

E. Consultation Interdisciplinaire de la Maltraitance Intrafamiliale (CIMI)

La CIMI est un centre médico-psychologique spécialisé dans les consultations thérapeutiques et psycho-éducatives pour familles confrontées aux violences domestiques. Il a été créé par la Fondation Ethique Familiale, reconnue d'utilité publique. En décembre 2007, une subvention a été accordée à la CIMI par le CHUV (DSAS) et par le SPJ (DFJC). Un groupe de travail réfléchit actuellement à la création d'une structure similaire mais de type étatique.

CIMI (Consultation Interdisciplinaire de la Maltraitance Intrafamiliale)
Ch. de Lucinge, 16
1006 Lausanne, CH
Tél: +41 21 310 73 10
Fax +41 21 310 73 19
Email: info@cimi.ch
Website : www.cimi.ch

F. Association Familles Solidaires

Cette association privée, à but non lucratif, offre un soutien et une aide spécialisée aux enfants et adolescents victimes d'abus sexuels, ainsi qu'à leur famille. Elle intervient également auprès des adolescents auteurs d'abus sexuels.

<http://www.familles-solidaires.ch>

ADULTES

G. Service social de la maternité

Le service social de la maternité fait partie de l'Unité Psycho-Sociale du DGOG. Les consultations et le suivi sont gratuits. Ce service offre information et soutien aux victimes de violences conjugales et de violences familiales, en collaboration avec les réseaux internes (Colloque prévention psycho-sociale mère-enfant, CAN-Team) et externes au CHUV (par exemple le Foyer Malley-Prairie). Les assistantes sociales évaluent les situations, accompagnent les victimes et les familles, et font le lien avec les structures spécialisées du réseau (par ex. SPJ, Justice de Paix).

Toutes les femmes enceintes exposées à de la violence doivent être adressées au Service social de la maternité pour obtenir information et soutien, mais également en vue d'une évaluation de la gravité de la mise en danger de la femme au cours de la grossesse et le risque pour l'enfant à venir.

H. Planning familial du DGOG

Il est possible d'être confronté à une première révélation d'un vécu d'agression sexuelle à l'occasion d'une demande d'interruption de grossesse. Dans ces cas, un entretien sera proposé avec une conseillère en planning familial. L'objectif de cette consultation est l'évaluation du besoin de soutien ou d'orientation de la patiente dans le réseau. Cet entretien est à proposer indépendamment de toute démarche médico-légale (conservation des preuves), avec une conseillère en planning familial. Il sera proposé dans tous les cas indépendamment des démarches médico-légales. Le nombre de femmes ayant subi une interruption de grossesse est plus élevé parmi les femmes victimes de violence domestique. C'est un fait dont il faut tenir compte lors des consultations pour une interruption de grossesse.

Dans les semaines et mois qui suivent une agression physique ou/ et sexuelle peuvent apparaître entre autres des difficultés dans les relations aux les autres, par exemple avec le partenaire. La perception de la sexualité vécue ou imaginée dans une relation mais aussi la perception que la victime a de ses propres désirs sexuels, peuvent se trouver profondément altérées. Ceci est plus particulièrement le cas chez les adolescentes victimes d'agressions sexuelles et pour lesquelles l'agression représentait la première confrontation avec l'autre sexe ou avec la sexualité génitale. Une consultation avec une conseillère en planning familial du DGOG ou de l'UMSA est à proposer dans ces situations.

Il n'est pas rare qu'un sentiment de perte d'estime de soi soit chez certaines adolescentes à l'origine de mises en danger ultérieures également sur le plan sexuel (rapport sexuel sans protection, rapport sexuel avec des partenaires multiples, consommation abusive d'alcool ou de stupéfiants avant l'activité sexuelle). Les antécédents d'abus sexuel et de maltraitance sont chez l'adolescente mais aussi chez l'adolescent des facteurs de risque significatifs pour la survenue de grossesses précoces à l'adolescence. Les entretiens avec une conseillère en planning familial (et en éducation sexuelle) peuvent accompagner ces jeunes femmes dans leur parcours et permettre de les aider à recouvrir et protéger leur santé sexuelle et reproductive.

I. Service de psychiatrie de liaison pour adultes

La consultation de psychiatrie de liaison répond en priorité aux demandes d'évaluation, de prise en charge et d'orientation psychiatrique de patients du CHUV. Une cheffe de clinique et un médecin assistant sont attribués plus spécifiquement au DGOG. Leur intervention peut être sollicitée pour des consultations ambulatoires ou des consiliums auprès des patientes hospitalisées au DGOG.

Unité de consultation de liaison CHUV
CH 1011 Lausanne
Tel : ++41 (0)21 314 10 90
Fax : ++41 (0)21 314 10 86

J. Urgences-Crise du Service de Psychiatrie de Liaison – UC-SPL

L'urgence psychiatrique est l'expression d'une situation devenue ingérable pour le patient et/ ou son entourage. Tant que l'individu, sa famille ou le groupe social, peuvent contenir les éléments destructeurs, le recours à l'institution d'urgence ne s'impose pas. Par contre, quand ces différentes instances sont débordées, ce ne sont pas tant les symptômes accentués d'une décompensation qui définissent l'urgence que la réponse excessive, paroxystique, que donne le patient et parfois son entourage face à une situation qu'ils ne contrôlent plus. Même si la demande de prise en charge n'apparaît pas toujours clairement ou reste ambivalente.

Les soins d'urgence ont été conçus spécialement pour servir dans des situations pour lesquelles une réponse rapide et pratique est nécessaire.

Urgences-Crise du Service de Psychiatrie de Liaison – UC-SPL
Rue du Bugnon 44 BL 07 1005 Lausanne Tél. 0041 21 314 11 11
CHUV

K. Unité de médecine des violences UMV

La consultation pour adultes victimes de violence du CHUV est une prestation de l'Institut de Médecine Légale de Lausanne. La consultation, gratuite, offre un accueil et un soutien aux victimes, constitue la documentation médico-légale, évalue la situation et oriente la victime vers les structures du réseau les mieux adaptées à ses besoins. En effet, la prise en charge spécialisée prévient la victimisation secondaire et permet aux victimes de faire valoir le préjudice subi. (cf. arbre décisionnel : collaboration DGOG-UMV).

Le dispositif s'inscrit dans le cadre législatif du Code Pénal (récemment modifié en ce qui concerne la violence domestique), du Code Civil et de la Loi d'Aide aux Victimes d'Infractions (LAVI).

Unité de médecine des violences
Département universitaire de médecine et santé communautaire, CHUV
44, rue du Bugnon
1011 Lausanne
Consultation du lundi au dimanche de 8 à 12 heures
Tél. 021 314 14 14; FAX 021 316 62 51
UMV@chuv.ch

L. Faire Le Pas

Faire le Pas est une association qui offre une écoute et un soutien aux adultes ayant été abusés sexuellement dans l'enfance ou l'adolescence, et à toute personne confrontée à cette problématique. Groupes de parole.

Faire Le Pas : Parler d'Abus Sexuels
Petit-Chêne 38
1003 Lausanne / Vaud
Tél : 021 329 19 19
<http://www.fairelepas.ch>

M. Sages-femmes conseillères

La prévalence de la violence est particulièrement élevée pendant la grossesse (4-8%) contrairement aux idées reçues et espoirs déçus des femmes concernées par la violence domestique. L'existence de violence pendant la grossesse est un indice pour une relation particulièrement violente et dangereuse. Toutes les femmes enceintes exposées à de la violence sont accompagnées par les sages-femmes conseillères de la maternité afin de les aider à préparer la venue de l'enfant dans des conditions qui permettent de garantir aussi bien la sécurité de la femme que celle de l'enfant. Elles travaillent en étroite collaboration avec le service social de la maternité et le colloque psycho-social de prévention mère-enfant.

Les femmes avec une anamnèse d'abus sexuel, d'agression sexuelle ou de violence intrafamiliale sont souvent reconfrontées de manière aigüe à ce passé difficile au moment où elles sont en train de devenir mères à leur tour (flash-backs ; peur d'être maltraitantes à leur tour, etc.). Il est donc primordial d'accorder une attention particulière à leur éventuel besoin d'aide. La demande, fréquemment formulée explicitement, de garder le plus possible le contrôle des événements au moment de l'accouchement, est à respecter pour autant que la situation obstétricale le permette. Les sages-femmes conseillères les aideront à trouver leurs repères et faciliteront par leur transmission le lien entre la femme et les autres soignants qui la suivront en salle d'accouchement et au cours de son hospitalisation. Dans certains cas les sages-femmes conseillères feront également appel aux services de psychiatrie de liaison.

N. Foyer MalleyPrairie

24 heures sur 24, 7 jours sur 7, le Centre d'accueil MalleyPrairie accueille, en urgence ou sur rendez-vous, des femmes victimes de violences conjugales ou de violences familiales (avec ou sans enfant) et peut leur proposer un hébergement.

Un accompagnement psycho-social : un entretien individuel hebdomadaire au minimum et une réunion d'étage à quinzaine sont obligatoires.

Une socio-éducatrice et des psychologues sont à disposition pour entendre les besoins des enfants et des mères.

Centre d'accueil MalleyPrairie
Ch. de la Prairie 34 1007 Lausanne
info@malleyprairie.ch
Tél. 021 620 76 76
www.malleyprairie.ch

O. Service Violence et Famille

Le Service Violence et Famille propose des prestations pour auteurs/es de violence dans le couple.

La démarche proposée par Violence et Famille a pour but de permettre de sortir de l'isolement, maîtriser la colère et la rage, stopper les comportements violents, développer des relations plus égalitaires et plus harmonieuses.

Ce service s'adresse actuellement à des personnes majeures ayant recours à la violence dans le couple et/ ou la famille, qu'elles soient encore en couple ou en situation de séparation, dans une relation hétéro ou homosexuelle.

L'offre comporte un entretien d'accueil et éventuellement quelques entretiens individuels permettant une évaluation et un bilan, ainsi que des groupes thérapeutiques pour des hommes ou pour des femmes.

La confidentialité des échanges est garantie dans le respect de la sécurité de toutes les personnes impliquées. Une participation financière proportionnelle aux revenus de la personne est demandée.

Service Violence et Famille
Av. Vinet 19 bis
1004 Lausanne
Tél. : 021 644 20 45
violenceetfamille@jfnet.ch

P. Pour des informations complémentaires, voir également la carte du réseau " C'est Assez " et l'équipe des programmes " VIOLETTE " et " C'est Assez " MAT.

XXXIV. Prise en charge des frais d'examens

Les renseignements suivants tendent à rassurer mais aussi à fournir les précisions attendues et nécessaires à la patiente et sa famille :

A. Consultation médicale et examens médicaux

La consultation médicale, les examens médicaux, le traitement et tous les prélèvements visant à préserver l'intégrité physique de la patiente (bactériologie, etc), sont pris en charge par l'assurance de la patiente.

Il convient de savoir qu'une agression sexuelle est en terme assecurologique assimilée à un accident et que les investigations et prises en charge en rapport direct avec les faits sont du ressort de l'assurance accident. Toutefois, afin de respecter la confidentialité par rapport à un éventuel employeur, la patiente a la possibilité d'effectuer les démarches nécessaires directement auprès de son assurance accident, sans être obligée d'informer son éventuel employeur de cette « déclaration de sinistre ».

B. Examens médico-légaux

1. Adulte ayant déposé une plainte ou mineur

LES FRAIS DES EXAMENS EFFECTUES PAR L'INSTITUT DE MEDECINE LEGALE SONT A LA CHARGE DE LA JUSTICE dès l'instant où une PLAINTÉ est déposée, ou qu'un délit est POURSUIVI D'OFFICE et qu'il a fait l'objet d'un signalement auprès la brigade des mœurs ou des mineurs, associée à une déclaration de l'identité de la victime .

2. Adulte n'ayant pas déposé de plainte

Lorsqu'une patiente adulte ne souhaite pas déposer de plainte mais qu'elle désire tout de même qu'une RECHERCHE DE SPERME soit réalisée par L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE LEGALE, elle aura à supporter les frais (min. Frs 500.-) qui sont A LA CHARGE DU DEMANDEUR DE L'EXAMEN. Ceux-ci couvrent uniquement la mise en évidence de sperme (tests de détection de phosphatase, choline et antigène prostatique PSA, confirmant la présence de cellules épithéliales dans l'éjaculat).

Les patientes ont également la possibilité de Demander qu'une recherche toxicologique (par ex. GHB) soit effectuée à leur frais. Ces tests sont également réalisés à l'IUML et coûtent env.160.- par analyse, mais la sensibilité des tests est limitée aux intervalles recommandés, et l'interprétation des résultats de la méthode de Strasbourg (comparatif avec un deuxième examen des cheveux) n'est pas encore toujours concluante.

XXXV. Victimes de sexe masculin

A. Enfants et adolescents

En cas de suspicion d'abus sexuel ou d'agression sexuelle chez un enfant de sexe masculin, un garçon de moins de 16 ans (= âge pédiatrique), il faut contacter le chef de clinique de garde du service de pédiatrie (ou le Dr J.-J. Cheseaux, ou un autre membre du CAN-Team). La prise en charge se fera en collaboration avec le service de chirurgie pédiatrique (anuscopie).

Lorsque l'adolescent consulte en urgence mais pendant les heures ouvrables et qu'il a plus de 12 ans mais moins de 20 ans, il est adressé à l'UMSA. Il en va de même si la demande est formulée en dehors des heures ouvrables mais que le rendez-vous peut être différé.

B. Adultes

Les adultes sont pris en charge par les services d'urgences (médecine ou PMU), qui peuvent en cas de nécessité s'approvisionner d'un SET AGRESSION SEXUELLE aux urgences de gynécologie. En cas de demandes d'informations concernant une éventuelle transmission infectieuse, on leur conseillera de s'adresser directement à la consultation de médecine II du CHUV.

XXXV. Contacts

ATEMA		021 627 26 15
Médecin responsable : Dr. Alain Herzog		
CAN-Team, Secrétariat		45 953
Coordinatrice, Dresse Renteria, MER, médecin associé responsable UPS DGOG		43 760
	(bip 743 367)	079 210 58 40
		(privé 021 312 29 64)
Debriefing pour l'équipe soignante :		
Infirmier en psychiatrie de liaison (Yves Dorogi)	(bip 741 106)	021 314 11 06
Aumônerie	(bip 745 052)	021 314 50 52
Coordinatrice (S.-C. Renteria)		
Infectiologue de garde		021 314 11 11
Institut Universitaire de Médecine Légale		021 31 47 073
Dresse Katarzyna Michaud	(bip 747 065)	47 065
L.A.V.I., place Bel-Air 1, 1003 Lausanne		021 320 32 00
MalleyPrairie, Centre d'accueil, Chemin de la Prairie 34, 1007 Lausanne		021 620 76 76
		021 620 76 77
Médecine II, consultation		41 022
Pédiatrie, hospitalisation médico-sociale, Dr J.-J. Cheseaux		021 627 27 39
ou chef de clinique de garde de pédiatrie		743 735
Pédopsychiatrie de liaison		021 314 35 35
Garde 08H00 - 18H00	*NES / 05	021 314 19 90
Desk urgence / crise 18H00 - 08H00	BU44/07 / 1160	021 314 19 30
Planning familial DGOG		43 248
Psychiatrie de Liaison pour adultes		021 314 10 83
Psychiatrie adulte		
Assistant de garde 24/24		021 314 02 76
Urgence et Centre de crise		021 314 19 30
Police Cantonale, Police de Sûreté		021 644 44 44
		(964 44 44)
Police Municipale, Police Judiciaire		315 15 15
Securitas		117
Service social du DGOG		43 189
Service social de pédiatrie		43 575
SET AGRESSION SEXUELLE, commande		021 31 47 073
Test HIV d'urgence anonyme et gratuit chez l'agresseur		021 31 40 788
Transport, M. PILLOT bip longue distance No		46 000
UMV Unité de Médecine des Violences		021 314 14 14

XXXVII. Brochures d'information et sites internet s'adressant aux victimes et/ ou aux professionnels

A. Brochures

Pour la Suisse romande :

"Violence conjugale - que faire ?" dépliant d'information destiné aux différents publics concernés par la problématique (victimes, auteurs, entourage, professionnels/-les).

"Violence conjugale : dépistage, soutien, orientation des personnes victimes"
protocole d'intervention à l'usage des professionnels/-les, 2006, *nouvelle édition*.

Ces deux brochures peuvent être téléchargées sous :

<http://www.vd.ch/fr/organisation/services/bureau-de-legalite/publications/>

ou commandées gratuitement auprès du Bureau de l'égalité, **Canton de Vaud**. Tél. 021 316 61 24 - Email à info.befh@vd.ch.

« Violence conjugale que faire ? La violence est inacceptable »

Cette brochure est destinée à toute personne du **canton du Jura**, du **canton de Neuchâtel** et du Jura bernois/ Bienne maltraitée au sein de son couple.

Prioritairement conçue pour les femmes, principales victimes de la violence conjugale, elle pourra également être utile à des hommes ou des femmes maltraités/-es par leur partenaire du même sexe ou de sexe opposé.

« Je t'aime. La violence nuit gravement à l'amour »

Brochure d'information et de prévention s'adressant aux jeunes des deux sexes (République du Canton du Jura, Ministère de la Communauté française).

Brochure éditée par le Bureau de l'Egalité de la République et **Canton du Jura**. Tél. 032 420 79 00 - Fax 032 420 79 01 – E-mail : egalite@jura.ch.

“ STOP à la Violence”

Violences sexuelles que faire ?

Brochure prioritairement conçue pour les femmes principales victimes des violences sexuelles, cette brochure pourra également être utile à des hommes victimes de violence sexuelle.

A commander au service pour la promotion de l'égalité entre homme et femme, rue de la Tannerie 2, 1227 Carouge. **Canton de Genève**. Tél. 022 301 37 00 - Fax :022 301 37 92 - Email : egalite@etat.ge.ch.

L.A.V.I. Loi Fédérale sur l'Aide aux Victimes d'Infractions. Centre de consultation pour victimes d'infractions.

Dans le **canton de Vaud**, le centre de consultation pour victimes d'infractions est géré par la fondation ProFa. www.ProFa.org.

Pour la France :

Les femmes victimes de viol. En cas de violence brisez le silence.

Cette brochure a pour objet de donner aux victimes ainsi qu'aux professionnels les informations nécessaires avant les démarches à entreprendre et les différentes étapes des procédures.

Brochure réalisée par le Collectif féministe contre le viol, avec le concours de la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France, de maître Isabelle Steyer.

Le Collectif féministe contre le viol est une association qui dispose d'une longue expérience d'accueil et de soutien des femmes et des mineur(e)s victimes d'agressions sexuelles, notamment à travers son No vert « SOS Viols Femmes Informations » (0 800 05 95 95).

République Française. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat aux Droits de Femmes et à la Formation Professionnelle.

(Les brochures mentionnées ci-dessus sont disponibles au format pdf).

B. Sites internet

www.violencequefaire.ch

Ce site contient également un plan d'urgence s'adressant aux femmes qui vivent la violence. Il donne des conseils pour faire face à une situation de danger. Comment se protéger si un épisode violent se prépare, à qui faire appel, où se réfugier, quels sont les moyens existants pour diminuer les risques et améliorer la sécurité des personnes concernées.

www.comeva.ch

Site s'adressant aux adolescents/-es et jeunes adultes. Ce site est également une réalisation de l'association Vivre sans violence, qui regroupe les institutions romandes actives dans le domaine de la violence au sein du couple.

www.petitchaperonrouge.com

Ce site créé par le service de Prévention de la police cantonale vaudoise a pour but d'informer les jeunes (victimes ou auteurs) et leurs parents sur les conséquences de comportements à risque, tant au niveau personnel que pénal. Ainsi la violence, les vols, le recel, le racket, les dommages à la propriété et le mauvais usage des blogs sont traités.

Les noms et numéros de téléphone des policiers en charge de la prévention, tant au niveau de la police cantonale que des polices municipales, sont mentionnés pour rendre la police plus accessible aux jeunes.



Informations pour la patiente concernant la prise en charge et le secret médical

Ce document d'information et de consentement est à soumettre à la patiente pour signature.
Une copie du présent document doit être consignée dans le dossier.

Document d'information et de consentement

Madame / Mlle

a consulté le au DGOG , à l'UMSA

La consultation a été effectuée par le Dr (en présence du /
ou supervisé par le Dr)

A) Une contraception d'urgence a été administrée.

B)

1) Une prévention post-exposition HIV a été débutée.

La patiente prendra RDV à la consultation de Médecine II du CHUV. La fiche d'information ad hoc a été remise à la patiente.

2) Il n'existe pas d'indication à une prévention post-exposition selon les informations à disposition.

3) L'indication sera réévaluée en fonction des résultats du test chez l'agresseur. La patiente a été informée du délai de 72h après l'événement pour la prévention post-exposition HIV.

4) La patiente refuse la prévention post-exposition HIV proposée.

C) La patiente a été renseignée sur l'importance d'exams complémentaires en cas d'apparition de nouveaux symptômes tels que douleurs, apparition de "bleus", d'œdèmes, etc.

D) La patiente a été informée du rôle de la consultation L.A.V.I.

E) La patiente a été avertie que les prélèvements effectués seront conservés pendant un an à l'Institut de Médecine Légale. Passé ce délai, ils seront détruits si la patiente n'a pas déposé de plainte pénale dans l'intervalle. La victime peut toutefois demander une prolongation du délai en adressant sa demande écrite à l'Institut Universitaire de Médecine Légale.

CIR101558 DGOG_UPS_Info_patiente_programme_violette.doc V 2.0 du 24.01.2008 1/2



Ev. prescription d'un arrêt de travail du au

La patiente a RDV pour un contrôle à la Polyclinique / à l'UMSA / chez son médecin traitant , le

La patiente est informée de la nécessité de prendre rendez-vous à la Polyclinique / à l'UMSA / chez son médecin traitant , pour une consultation dans un délai de

La patiente a été adressée au service social du DGOG (ou au

Je confirme l'exactitude de ce qui précède.

L'examen a été effectué à la demande d'un Juge et avec l'accord de la patiente ou de son représentant légal.

Il s'agit d'une consultation médicale. Toutefois je délie les professionnels du DGOG du secret médical à l'encontre des institutions judiciaires et policières. oui non

Je délie les professionnels du DGOG du secret médical à l'encontre de (par ex. médecin traitant). oui non

J'accepte qu'une soignante du programme "Violette" du DGOG prenne de mes nouvelles ultérieurement. oui non

Lieu et date..... Signature
(év. représentant légal

XXXIX. Rapports écrits aux juges, avocats, médecins, etc

A. Supervision

Tout rapport adressé à un juge est visé par la Dresse Renteria ou son remplaçant, en particulier pour les mineures, et doit être contresigné par le Prof. Hohlfeld. Une copie de chaque rapport est à conserver dans le dossier de la patiente.

B. Facturation

Ces rapports ou expertises sont facturés par Mme Sblandano, gestion DGOG, sur la base des barèmes TARMED. Toutes les correspondances avec la justice doivent de ce fait être accompagnées du numéro du dossier de justice (Numéro : PE ...).

Première version : 13.01.97 Dresse RENTERIA ; dernière mise à jour 11 juin 2007

XL. Annexe 1 : document prise en charge ambulatoire des personnes lors d'exposition aux liquides biologiques en milieu non médical (cf. Intranet)

NPEP résumé - prise en charge ambulatoire des personnes lors d'expositions aux liquides biologiques en milieu non-médical

Quelques indices pour faciliter la prise en charge !!

Les consultations directes avec la personne exposée et la personne source sont rentables car elles permettent de :

- prendre une anamnèse détaillée de l'exposition et d'évaluer les facteurs de risques de la personne source
- informer la personne exposée des risques réels encourus ce qui diminuera souvent l'anxiété générée par l'exposition

Examiner l'objet et la blessure (prendre toutes les précautions à ne pas provoquer d'autres blessures !)

- examen visuel : sang visible ? Si oui sang frais ou sec ? si sang sec sur objet (seringue) = pas de risque VIH
- tests de dépistages sur contenu d'une seringue avec du sang frais = non recommandé car mauvaise sensibilité
- En cas de plaie avec objet contenant : Vérifier aussi la vaccination contre le Tétanos ! (Rappel Di-Te 0.5 ml i.m)

Prises de sang – tests de Baseline :

- Personne source : Test VIH (anticorps 1-2 & antigène P24) anonyme, dépistage HBV seront facturés à la personne exposée selon la procédure des tests effectués lors de transplantation c'est à dire admission anonyme ZZ URG ou ZZ MIN1 avec un numéro anonyme donné par l'infirmière de Méd. 2 (le prochain jour ouvrable) ! Joindre 2 grandes étiquettes de la personne exposée et coller une petite étiquette de la personne exposée dans la case V/réf sur le bon d'immunologie de la personne source. (afin de connaître la correspondance entre source et exposé). Tube EDTA 5,5 ml à stocker la nuit au 18^{ème} étage dans le frigo de chimie clinique. Ces tests HIV sont effectués en urgence les jours ouvrables, le matin du prochain jour ouvrable pour les prélèvements de nuit ou week end !!
- Personne exposée : Toujours dépister le VIH (anticorps 1-2 & antigène P24) et l'hépatite B. Dépistage de l'hépatite C lors d'exposition à risque (blessure, injection, rapport sexuel durant les menstruations). Si la personne exposée refuse d'être testée (rarisime !) – prélever un tube EDTA 5,5 ml et stocker en réserve en immunologie pour d'éventuels analyses ultérieures (à des fins légales en cas de « séroconversion »). Ces tests sont des tests non-urgents de routine à facturer à la personne exposée.
- Lors de prescription de PEP : formule sanguine simple (FSS), créatinine, ALAT et glucose en même temps que les dépistages sérologiques susmentionnés chez la personne exposée
- La communication des résultats des tests effectués lors de consultation PEP sera systématiquement faite en médecine 2 afin de centraliser les résultats et premier rendez-vous de suivi.

Infectiosité

- Risque de transmission du VIH : (NEJM 1997, 336 : 1097-1100, AIDS Pinkerton 2004, BAG 36/06)
 - Rapport sexuel vaginal non protégé 0.1-1.2 %
 - Rapport anal réceptif non protégé 0.1-3%
 - Sperme dans la bouche considéré à risque (0.04%)
 - Cunnilingus considéré à risque
 - Echange de seringue 0.7%
 - Exposition professionnelle 0.3%
 - Virémie indétectable (source HIV+ et traitée) considéré non à risque
- Ne transmettent pas le VIH : larmes, salive, vomit, expectoration, urines, selles, baisers, moustiques, seringues contenant du sang séché, seringues contenant du sang plus vieux que 1 heure

Hépatite B

- Risque de transmission plus élevé (hépatite B : 2-40%) et différent du VIH: sang sec demeure contagieux (HBV) jusqu'à ~ 7 jours

-
- Prévention hépatite B toujours ! fiable si délai < 72h
 - Active : Engerix-B ; vaccination simple: 3 doses 0-1-6 mois (NB : >80% d'efficacité même si source HBs Ag +)
 - Passive : Immunoglobulines indiquées seulement si source HBsAg+ et que la personne exposée n'est pas vaccinée ou est connue pour un taux d'anti-HBs < 10
 - Personne partiellement vaccinée ou ne connaissant pas son taux : rappel d'Engerix-B + doser anti-HBs à 1 mois
 - Grossesse : vaccin possible

Hépatite C

- Risque de transmission surtout par exposition au sang (échange de matériel d'injection)
- Risque de transmission sexuelle surtout lors de rapports anaux
- Il n'y a pas de mesure prophylactique recommandée après exposition à l'hépatite C
- ALAT : 0 - 1 - 4 & 6 mois
- Dépistage HCV : à 0 - 4 & 6 mois
NB : si séroconversion HCV : mesurer virémie HCV + génotype. En cas de persistance de la virémie 12 semaines après la séroconversion, indication à un traitement de l'hépatite C aiguë par Interferon 2a +/- ribavirine (> 90 % de succès)

Suivi PEP :

- **Informations au patient** : pas 100 % d'efficacité, protection par préservatif pdt 4 mois, danger d'interactions médic.
- **Clinique** : a) détecter séroconversion (HIV, HBV ou HCV) b) effets secondaires : Combivir : nausées, céphalées, fatigue / Kaletra : diarrhées (Imodium® en réserve), dyslipidémie, hyperglycémie
- **Labo** : FSS, créatinine, ALAT, glucose à jours 0 & 14, ALAT à 1 - 4 & 6 mois si risque d'hépatite B ou C
- **Vaccin** : Engerix-B : 0 - 1 mois & 6 mois
- **Sérologies** :
 - Dépistage HIV : 0 & 4 mois
 - Dépistage HBV : 0 - 4 & 6 mois
 - Dépistage HCV : 0 - 4 & 6 mois
 - TPHA / VDRL : 4 mois

Risque de grossesse / viol

- Pillule du lendemain : maternité (43410, 43243)
- Viol : constat obligatoire à la maternité (bip 743220) Si patient(e) mineur(e) prise en charge par le réseau pédiatrique Dr Cheseaux 021 627 27 39 ou UMSA 021 314 37 60, si fermé : CDC garde DGO 021 314 33 10 pour les constats médico-légal en cas de viol.

Checklist des documents :

- 1. Consultation ambulatoire
- 2. Feuille jaune de consultation de PEP
 - 1+ 2 à adresser en médecine 2, BH-07 par fax (41 008) ou copies
- 3. Feuille d'information au patient en cas de PEP prescrite à donner au patient !

XLII. Annexe 2 : formulaire de demande d'analyse toxicologique à la demande de la patiente (démarche personnelle en dehors d'une démarche medico-légale)

Institut de Médecine légale
de l'Université de Lausanne
Rue du Bugnon 21

1005 Lausanne
tél: 021-314.70.70
fax: 021-314.70.90

E-mail: IUML.Central@inst.hospvd.ch

Laboratoire de Toxicologie analytique

Demande d'informations aux toxicologues:

Christian Giroud, Annick Ménétreay
http://www.hospvd.ch/public/instituts/iuml/iuml_tox.htm

TOX :

DEMANDE D'ANALYSE TOXICOLOGIQUE

POUR LA RECHERCHE DE MEDICAMENTS ET/OU DE STUPEFIANTS DANS L'URINE ET/OU LE SANG

Analyses ordonnées par : Service : Bip :

Concerne : Nom : Prénom :

Année de naissance : Prélèvement du/...../..... à h

Nature de l'échantillon :

☛ Prière de fournir 10 ml d'urine et/ou 10 ml de sang au moins

Brève anamnèse et diagnostic éventuel :

Symptômes présentés par le patient :

Produits présumés absorbés ou administrés pendant les 24 heures précédant le prélèvement (quoi, quand et combien ?) :

ABSORBES :

ADMINISTRÉS :

Substances à rechercher par test immunologique ou par chromatographie :

- Alcool par chromatographie
- Amphétamines y compris MDMA (Ecstasy), Eve, Eden
- Barbituriques
- Benzodiazépines
- Buprénorphine
- Cannabis (Dérivés du)
- Cocaïne (Métabolites de la)
- LSD-25
- Méthadone
- Opiacés (dérivés de la morphine)
- Propoxyphène
- Screening général par chromatographie (GC/MS)
- Autres
- Quantification dans le sang souhaitée

Analyse à caractère administratif , médico-légal , clinique ?

Remarque :

Date :

Signature :

Visa du chef de clinique :

Remarque : Les résultats des tests immunologiques n'ont qu'une valeur d'orientation, les résultats positifs seront systématiquement confirmés par une technique chromatographique (par ex. GC/MS) pour tous les cas présentant un caractère administratif ou médico-légal.
IUML/1999

XLII. Annexe 3 : extraits du Code Pénal Suisse

Les articles 187 à 200, et l'article 213, concernent les infractions contre l'intégrité sexuelle :

Art. 187 Mise en danger du développement de mineurs. Actes d'ordre sexuel avec des enfants

1. Celui qui aura commis un acte d'ordre sexuel sur un enfant de moins de 16 ans, celui qui aura entraîné un enfant de cet âge à commettre un acte d'ordre sexuel, celui qui aura mêlé un enfant de cet âge à un acte d'ordre sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.
2. L'acte n'est pas punissable si la différence d'âge entre les participants ne dépasse pas trois ans.
3. Si, au moment de l'acte, l'auteur avait moins de 20 ans et en cas de circonstances particulières ou si la victime a contracté mariage avec l'auteur, l'autorité compétente pourra renoncer à le poursuivre, à le renvoyer devant le tribunal ou à lui infliger une peine.
4. La peine sera une peine privative de liberté de trois ans au plus ou une peine pécuniaire si l'auteur a agi en admettant par erreur que sa victime était âgée de 16 ans au moins alors qu'en usant des précautions voulues il aurait pu éviter l'erreur.

Art. 188 Actes d'ordre sexuel avec des personnes dépendantes

1. Celui qui, profitant de rapports d'éducation, de confiance ou de travail, ou de liens de dépendance d'une autre nature, aura commis un acte d'ordre sexuel sur un mineur âgé de plus de 16 ans, celui qui, profitant de liens de dépendance, aura entraîné une telle personne à commettre un acte d'ordre sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Art. 189 Atteinte à la liberté et à l'honneur sexuels. Contrainte sexuelle

1. Celui qui, notamment en usant de menace ou de violence envers une personne, en exerçant sur elle des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister l'aura contrainte à subir un acte analogue à l'acte sexuel ou un autre acte d'ordre sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.
3. Si l'auteur a agi avec cruauté, notamment s'il a fait usage d'une arme dangereuse ou d'un autre objet dangereux, la peine sera la peine privative de liberté de trois ans au moins.

Art. 190 Viol

1. Celui qui, notamment en usant de menace ou de violence, en exerçant sur sa victime des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister, aura contraint une personne de sexe féminin à subir l'acte sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de un à dix ans.
3. Si l'auteur a agi avec cruauté, notamment s'il a fait usage d'une arme dangereuse ou d'un autre objet dangereux, la peine sera la peine privative de liberté de trois ans au moins.

Art. 191 Actes d'ordre sexuel commis sur une personne incapable de discernement ou de résistance

Celui qui, sachant qu'une personne est incapable de discernement ou de résistance, en aura profité pour commettre sur elle l'acte sexuel, un acte analogue ou un autre acte d'ordre sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de dix ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Art. 193 Abus de la détresse

1. Celui qui, profitant de la détresse où se trouve la victime ou d'un lien de dépendance fondé sur des rapports de travail ou d'un lien de dépendance de toute autre nature, aura déterminé celle-ci à commettre ou à subir un acte d'ordre sexuel sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Art. 194 Exhibitionnisme

1. Celui qui se sera exhibé sera, sur plainte, puni d'une peine pécuniaire de 180 jours-amendes au plus.
2. Si l'auteur se soumet à un traitement médical, la procédure pourra être suspendue. Elle sera reprise s'il se soustrait au traitement.

Art. 195 Exploitation de l'activité sexuelle. Encouragement à la prostitution

Celui qui aura poussé une personne mineure à la prostitution,

celui qui, profitant d'un rapport de dépendance ou dans le but de tirer un avantage patrimonial, aura poussé autrui à se prostituer,

celui qui aura porté atteinte à la liberté d'action d'une personne s'adonnant à la prostitution en la surveillant dans ses activités ou en lui en imposant l'endroit, l'heure, la fréquence ou d'autres conditions,

celui qui aura maintenu une personne dans la prostitution,

sera puni d'une peine privative de liberté de dix ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Art. 197 Pornographie

1. Celui qui aura offert, montré, rendu accessibles à une personne de moins de 16 ans ou mis à sa disposition des écrits, enregistrements sonores ou visuels, images ou autres objets pornographiques ou des représentations pornographiques, ou les aura diffusés à la radio ou à la télévision, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.
2. Celui qui aura exposé ou montré en public des objets ou des représentations visés au ch. 1 ou les aura offerts à une personne qui n'en voulait pas, sera puni de l'amende.

Celui qui, lors d'expositions ou de représentations dans des locaux fermés, aura d'avance attiré l'attention des spectateurs sur le caractère pornographique de celles-ci ne sera pas punissable.

3. Celui qui aura fabriqué, importé, pris en dépôt, mis en circulation, promu, exposé, offert, montré, rendu accessibles ou mis à la disposition des objets ou représentations visés au ch. 1, ayant comme contenu des actes d'ordre sexuel avec des enfants, des animaux, des excréments humains ou comprenant des actes de violence, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Les objets seront confisqués.

- 3bis. Celui qui aura acquis, obtenu par voie électronique ou d'une autre manière ou possédé des objets ou des représentations visés au ch. 1 qui ont comme contenu des actes d'ordre sexuel avec des enfants ou des animaux ou comprenant des actes de violence, sera puni d'une peine privative de liberté d'un an au plus ou de l'amende.

Les objets seront confisqués.

4. Si l'auteur a agi dans un dessein de lucre, la peine sera une peine privative de liberté de trois ans au plus ou une peine pécuniaire. En cas de peine privative de liberté, une peine pécuniaire est également prononcée.
5. Les objets ou représentations visés aux ch. 1 à 3 ne seront pas considérés comme pornographiques lorsqu'ils auront une valeur culturelle ou scientifique digne de protection.

Art. 200 Commission en commun

Lorsqu'une infraction prévue dans le présent titre aura été commise en commun par plusieurs personnes, le juge pourra augmenter la durée de la peine, mais pas au-delà de la moitié en sus du maximum de la peine prévue pour cette infraction. Il sera, en outre, lié par le maximum légal du genre de peine.

Art. 213 Inceste

1. L'acte sexuel entre ascendants et descendants, ou entre frères et sœurs germains, consanguins ou utérins, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.
2. Les mineurs n'encourront aucune peine s'ils ont été séduits.

Art. 5 Infractions commises à l'étranger sur des mineurs

1. Le présent code est applicable à quiconque se trouve en Suisse et n'est pas extradé, et a commis à l'étranger l'un des actes suivants :
 - a. traite d'être humains (art. 182), contrainte sexuelle (art. 189), viol (art. 190), acte d'ordre sexuel commis sur une personne incapable de discernement ou de résistance (art. 191) ou encouragement à la prostitution (art. 195), si la victime avait moins de 18 ans;
 - b. acte d'ordre sexuel avec un enfant (art. 187), si la victime avait moins de 14 ans;
 - c. pornographie qualifiée (art. 197, ch. 3), si les objets ou les représentations avaient comme contenu des actes d'ordre sexuel avec des enfants.

Art. 182 Traite d'êtres humains

1. Celui qui, en qualité d'offreur, d'intermédiaire ou d'acquéreur, se livre à la traite d'un être humain à des fins d'exploitation sexuelle, d'exploitation de son travail ou en vue du prélèvement d'un organe, est puni d'une peine privative de liberté ou d'une peine pécuniaire. Le fait de recruter une personne à ces fins est assimilé à la traite.
2. Si la victime est mineure ou si l'auteur fait métier de la traite d'êtres humains, la peine est une peine privative de liberté d'un an au moins.
3. Dans tous les cas, l'auteur est aussi puni d'une peine pécuniaire.
4. Est également punissable celui qui commet l'infraction à l'étranger. Les art. 5 et 6 sont applicables.

Art. 219 Violation du devoir d'assistance ou d'éducation

1. Celui qui aura violé son devoir d'assister ou d'élever une personne mineure dont il aura ainsi mis en danger le développement physique ou psychique, ou qui aura manqué à ce devoir, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.
2. Si le délinquant a agi par négligence, la peine pourra être une amende au lieu d'une peine privative de liberté ou d'une peine pécuniaire.

Les articles 183 et 220 traitent de l'enlèvement de mineur :

Art. 183 Séquestration et enlèvement

1. Celui qui, sans droit, aura arrêté une personne, l'aura retenue prisonnière, ou l'aura, de toute autre manière, privée de sa liberté,

celui qui, en usant de violence, de ruse ou de menace, aura enlevé une personne,

sera puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.
2. Encourra la même peine celui qui aura enlevé une personne incapable de discernement ou de résistance ou âgée de moins de seize ans.

Art. 220 Enlèvement de mineur

Celui qui aura soustrait ou refusé de remettre un mineur à la personne qui exerce l'autorité parentale ou la tutelle sera, sur plainte, puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Le secret de fonction, le secret professionnel et leur violation font l'objet des articles 320, 321 et 364 :

Art. 320 Violation du secret de fonction

1. Celui qui aura révélé un secret à lui confié en sa qualité de membre d'une autorité ou de fonctionnaire, ou dont il avait eu connaissance à raison de sa charge ou de son emploi, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

La révélation demeure punissable alors même que la charge ou l'emploi a pris fin.
2. La révélation ne sera pas punissable si elle a été faite avec le consentement écrit de l'autorité supérieure.

Art. 321 Violation du secret professionnel

1. Les ecclésiastiques, avocats, défenseurs en justice, notaires, contrôleurs astreints au secret professionnel en vertu du code des obligations, médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, ainsi que leurs auxiliaires, qui auront révélé un secret à eux confié en vertu de leur profession ou dont ils avaient eu connaissance dans l'exercice de celle-ci, seront, sur plainte, punis d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Seront punis de la même peine les étudiants qui auront révélé un secret dont ils avaient eu connaissance à l'occasion de leurs études.

La révélation demeure punissable alors même que le détenteur du secret n'exerce plus sa profession ou qu'il a achevé ses études.

2. La révélation ne sera pas punissable si elle a été faite avec le consentement de l'intéressé ou si, sur la proposition du détenteur du secret, l'autorité supérieure ou l'autorité de surveillance l'a autorisée par écrit.
3. Demeurent réservées les dispositions de la législation fédérale et cantonale statuant une obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice.

XLIII. Annexe 4 : L.A.V.I. - loi fédérale

Loi fédérale sur l'Aide aux Victimes d'Infractions (Loi sur l'Aide aux Victimes, L.A.V.I.) du 23 mars 2007

Dispositions générales

Art. 1 Principes

1. Toute personne qui a subi, du fait d'une infraction, une atteinte directe à son intégrité physique, psychique ou sexuelle (victime) a droit au soutien prévu par la présente loi (aide aux victimes).
2. Ont également droit à l'aide aux victimes, le conjoint, les enfants et les père et mère de la victime ainsi que les autres personnes unies à elle par des liens analogues (proches).
3. Le droit à l'aide aux victimes existe, que l'auteur de l'infraction :
 - a. ait été découvert ou non;
 - b. ait eu un comportement fautif ou non;
 - c. ait agi intentionnellement ou par négligence.

Art. 2 Formes de l'aide aux victimes

L'aide aux victimes comprend :

- a. les conseils et l'aide immédiate;
- b. l'aide à plus long terme fournie par les centres de consultation;
- c. la contribution aux frais pour l'aide à plus long terme fournie par un tiers;
- d. l'indemnisation;
- e. la réparation morale;
- f. l'exemption des frais de procédure;
- g. une protection et des droits particuliers dans la procédure pénale.

Art. 5 Prestations gratuites

Les conseils et l'aide immédiate, de même que l'aide à plus long terme qui est fournie directement par le centre de consultation, sont gratuits pour la victime et ses proches.

Art. 10 Droit de consulter le dossier

1. Les centres de consultation peuvent consulter les dossiers des autorités de poursuite pénale et des tribunaux qui concernent une procédure à laquelle la victime ou ses proches participent, pour autant que ceux-ci y consentent.
2. Le droit de consulter le dossier ne peut être refusé aux centres de consultation que s'il peut l'être à l'égard de la personne lésée elle-même en vertu du droit de procédure applicable.

Art. 11 Obligation de garder le secret

1. Les personnes qui travaillent pour un centre de consultation doivent garder le secret sur leurs constatations à l'égard des autorités et des particuliers. Cette obligation subsiste après la cessation de cette activité.
2. L'obligation de garder le secret est levée lorsque la personne concernée y consent.
3. Si l'intégrité physique, psychique ou sexuelle, d'une victime mineure ou d'un autre mineur est sérieusement mise en danger, les personnes travaillant pour un centre de consultation peuvent en aviser l'autorité tutélaire et dénoncer l'infraction à l'autorité de poursuite pénale.
4. Quiconque viole son obligation de garder le secret est puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Art. 15 Accès aux centres de consultation

1. Les cantons veillent à ce que la victime et ses proches puissent recevoir dans un délai approprié l'aide immédiate dont ils ont besoin.
2. La victime et ses proches peuvent s'adresser à un centre de consultation quelle que soit la date à laquelle l'infraction a été commise.
3. La victime et ses proches peuvent s'adresser au centre de consultation de leur choix.

Art. 24 Demande

Quiconque entend faire valoir son droit à une indemnité ou à une réparation morale ou obtenir une provision doit introduire une demande auprès de l'autorité cantonale compétente.

Art. 25 Délais

1. La victime et ses proches doivent introduire leurs demandes d'indemnisation et de réparation morale dans un délai de cinq ans à compter de la date de l'infraction ou du moment où ils ont eu connaissance de l'infraction; à défaut, leurs prétentions sont périmées.
2. La victime peut introduire sa demande jusqu'au jour de ses 25 ans:
 - a. en cas d'infraction au sens des art. 97, al. 2, du code pénal et art. 55, al. 2, du code pénal militaire du 13 juin 1927;
 - b. en cas de tentative d'assassinat dirigée contre un enfant de moins de seize ans.
3. Si la victime ou ses proches ont fait valoir des prétentions civiles dans une procédure pénale avant l'échéance du délai prévu aux al. 1 et 2, ils peuvent introduire leur demande d'indemnisation ou de réparation morale dans le délai d'un an à compter du moment où la décision relative aux conclusions civiles ou le classement sont définitifs.

Art. 30 Exemption des frais de procédure

1. Les autorités administratives et judiciaires ne perçoivent pas de frais de la victime et de ses proches pour les procédures leur permettant de faire valoir leurs droits en matière de conseils, d'aide immédiate, d'aide à plus long terme, d'indemnisation et de réparation morale.
2. Les frais peuvent être mis à la charge de la partie téméraire.
3. La victime et ses proches ne sont pas tenus de rembourser les frais de l'assistance gratuite d'un défenseur.

Art. 34 Protection de la personnalité de la victime

1. Les autorités protègent la personnalité de la victime à tous les stades de la procédure pénale.
2. En dehors de l'audience publique d'un tribunal, les autorités et les particuliers ne font connaître l'identité de la victime que si cela se révèle nécessaire dans l'intérêt de la poursuite pénale ou que la victime y consente.
3. Le tribunal ordonne le huis-clos lorsque les intérêts prépondérants de la victime l'exigent.
4. Les autorités évitent de mettre en présence le prévenu et la victime lorsque celle-ci le demande. Dans ce cas, elles tiennent compte d'une autre manière du droit du prévenu d'être entendu. Toutefois, lorsque ce droit ne peut être garanti autrement ou qu'un intérêt prépondérant de la poursuite pénale l'exige de manière impérieuse, la confrontation peut être ordonnée.

Art. 35 Victime d'infraction contre l'intégrité sexuelle

La victime d'une infraction contre l'intégrité sexuelle peut:

- a. exiger d'être entendue par une personne du même sexe à tous les stades de la procédure;
- b. exiger que le tribunal appelé à statuer comprenne au moins une personne du même sexe;
- c. exiger qu'une éventuelle traduction de l'interrogatoire soit faite par une personne du même sexe si cela est possible sans retarder indûment la procédure;
- d. exiger qu'une confrontation ne soit ordonnée contre sa volonté que si le droit du prévenu d'être entendu ne peut être garanti autrement;
- e. Demander que le tribunal prononce le huis-clos.

Art. 36 Accompagnement et refus de déposer

1. La victime peut se faire accompagner d'une personne de confiance lorsqu'elle est interrogée en tant que témoin ou personne appelée à fournir des renseignements.
2. Elle peut refuser de déposer sur des faits qui concernent sa sphère intime.

Dispositions particulières concernant la protection de la personnalité des enfants victimes dans la procédure pénale.

Art. 41 Enfant

Au sens de la présente section, on entend par enfant la victime qui est âgée de moins de 18 ans au moment de l'ouverture de la procédure pénale.

Art. 42 Confrontation entre le prévenu et l'enfant

1. Lorsqu'il s'agit d'infractions contre l'intégrité sexuelle d'un enfant, les autorités ne peuvent confronter la victime et le prévenu.
2. Lorsqu'il s'agit d'autres infractions, la confrontation est exclue lorsqu'elle pourrait entraîner une atteinte psychique grave de l'enfant.
3. La confrontation est réservée lorsque le droit du prévenu d'être entendu ne peut être garanti autrement.

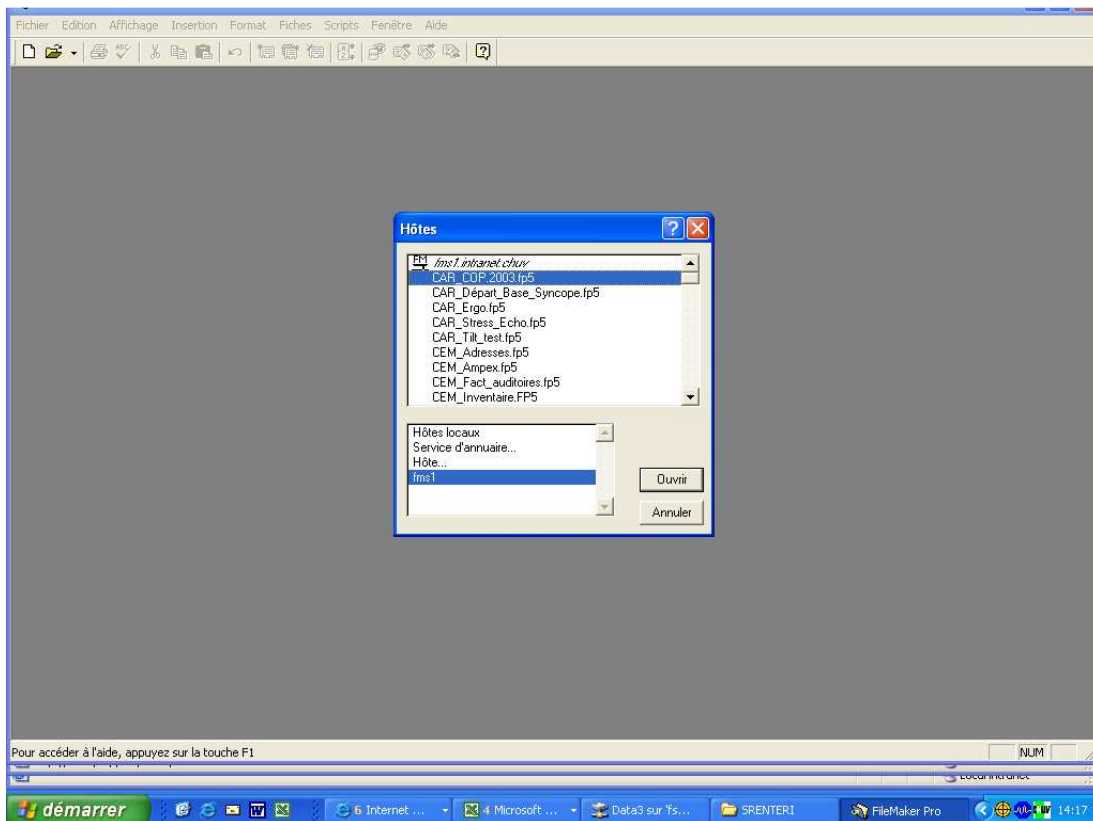
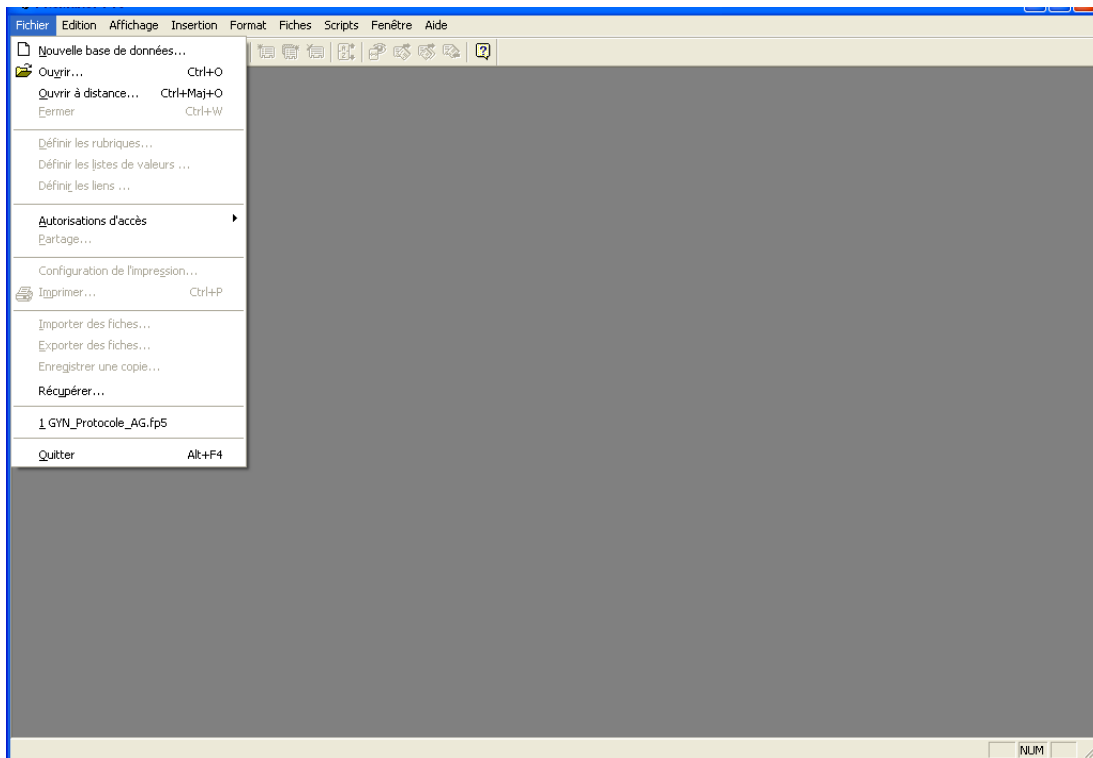
Art. 43 Audition de l'enfant

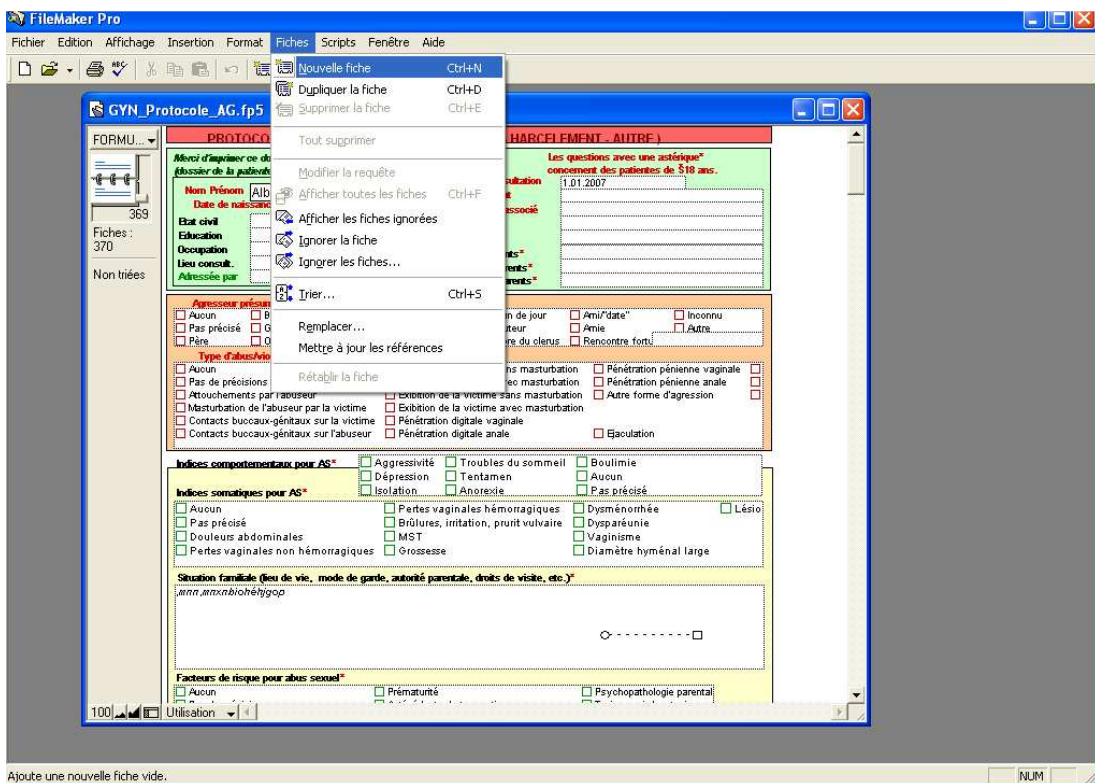
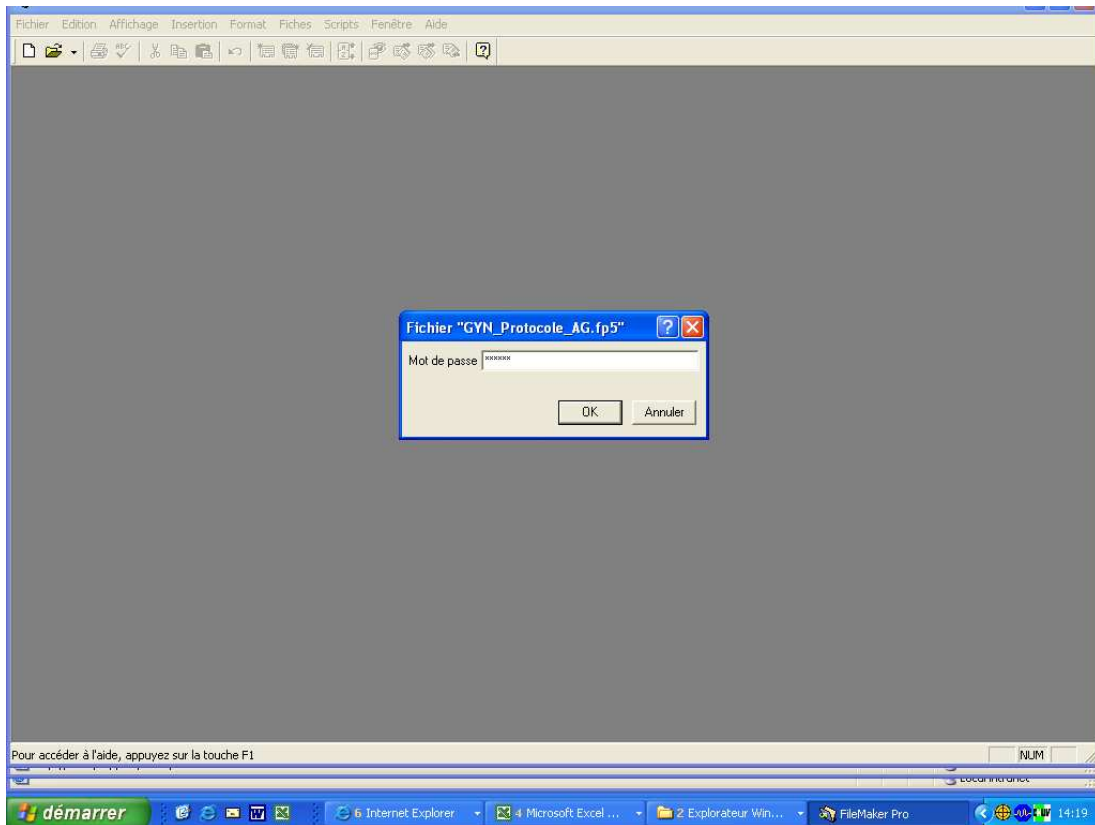
1. L'enfant ne doit en principe pas être soumis à plus de deux auditions sur l'ensemble de la procédure.
2. La première audition doit intervenir dès que possible.
3. Une seconde audition est organisée si, lors de la première, les parties n'ont pas pu exercer leurs droits, ou si cela est indispensable au bon déroulement de l'enquête ou à la sauvegarde de l'intérêt de l'enfant. Dans la mesure du possible, elle doit être menée par la personne qui a procédé à la première audition.
4. L'audition est conduite par un enquêteur formé à cet effet, en présence d'un spécialiste. Les parties exercent leurs droits par l'intermédiaire de la personne chargée de l'interrogatoire.
5. L'audition a lieu dans un endroit approprié. Elle fait l'objet d'un enregistrement vidéo. L'enquêteur et le spécialiste consignent leurs observations dans un rapport.
6. L'autorité peut exclure de la procédure la personne de confiance visée à l'art. 36, al. 1, lorsque cette personne pourrait influencer l'enfant de manière déterminante.

Art. 44 Classement de la procédure

1. Exceptionnellement, l'autorité compétente peut classer la procédure pénale aux conditions suivantes:
 - a. l'intérêt de l'enfant l'exige impérativement et l'emporte manifestement sur l'intérêt de l'Etat à la poursuite pénale;
 - b. l'enfant ou, en cas d'incapacité de discernement, son représentant légal, donne son accord.
2. Si la procédure est classée, l'autorité compétente veille à ce que des mesures de protection de l'enfant soient, si nécessaire, ordonnées.
3. La décision relative au classement prise en dernière instance cantonale peut faire l'objet d'un recours en matière pénale au Tribunal Fédéral. L'enfant ou son représentant légal, le prévenu et l'accusateur public ont qualité pour recourir.

XLIV. Annexe 5 : guide pour l'utilisation du protocole AGRESS sous forme de screenshots





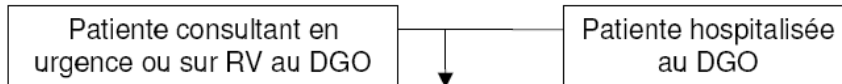
XLV. Annexe 6 : arbre décisionnel “ Violence envers les femmes ” prise en charge et coordination entre DGOG et Unité de Médecine des Violences UMV

Violences envers les femmes
Prise en charge et coordination entre
DGO et Unité de Médecine des Violences (UMV)

I

Patiente victime de violences sexuelles

(agression sexuelle, abus sexuel)



Relever l'anamnèse, examiner et décrire les lésions, effectuer les prélèvements médicaux et médico-légaux (selon directives ad hoc) indépendamment du fait qu'une plainte ait été déposée ou non.

Traiter

Evaluer les soins ou les examens complémentaires nécessaires (cf directives ad hoc).

Evaluer l'indication à une contraception d'urgence (CPC), une prophylaxie post-exposition HIV (PEP : cf questionnaire du service des maladies infectieuses) et une éventuelle vaccination hépatite !

Assurer le traitement d'éventuelles lésions de la sphère génitale.

Adresser d'abord aux urgences de chirurgie en cas de présence ou de suspicion de lésions à traiter ou à investiguer sur le plan clinique et situées en dehors de la sphère gynécologique. En cas d'urgence psychiatrique, adresser au centre de crise, SPL.

Documenter

- Compléter le fichier AGRESS (+ photos, dessins des lésions)
- Adresser la patiente à l'UMV (ou à l'IML, si l'examen a été demandé par le juge), en cas de lésions non gynécologiques présentes ou suspectées en vue de l'*élaboration de la documentation médico-légale extra-génitale* : Constat de Coups et Blessures (CCB) ; consultation ou consilium 7 jours sur 7, horaire de 8h à 12h, à la PMU, étage 05. Les professionnels (médecins et infirmières) de l'UMV sont atteignables au 021 314 14 14 pendant cette tranche horaire pour la prise de rendez-vous par les soignants ou les patientes. Transmettre le document AGRESS par FAX au 021 314 14 08 en précisant la demande à l'intention de l'UMV.

Mineure

Protéger et informer:

- Adresser à la consultation L.A.V.I.
- Discussion de la situation au CAN-Team et év. démarches (protection des mineurs)
- Organiser : suivi médical pour remise des résultats et examens paracliniques de contrôle (consultation de gynécologie pédiatrique/ psychosomatique + év. médecine II pour le suivi après une PEP) et évaluation psycho-sociale.
- Organiser év. consultation au PF (santé sexuelle à recouvrer, éducation sexuelle, prévention contraceptive, protection IST)
- Organiser év. suivi psychologique spécifique: ATHEMA, SUPEA, CIMI, Familles Solidaires, etc.

Adulte

Informé et suivre:

- Adresser à la consultation L.A.V.I.
- Organiser : suivi médical pour remises des résultats et examens paracliniques de contrôle (consultation de psychosomatique DGO + év. médecine II pour le suivi après une PEP) et évaluation psycho-sociale.
- Organiser év. suivi psychologique : L.A.V.I., SPL, CIMI, etc.
- Organiser év. consultation au PF (santé sexuelle à recouvrer, éducation sexuelle, prévention contraceptive, protection IST)

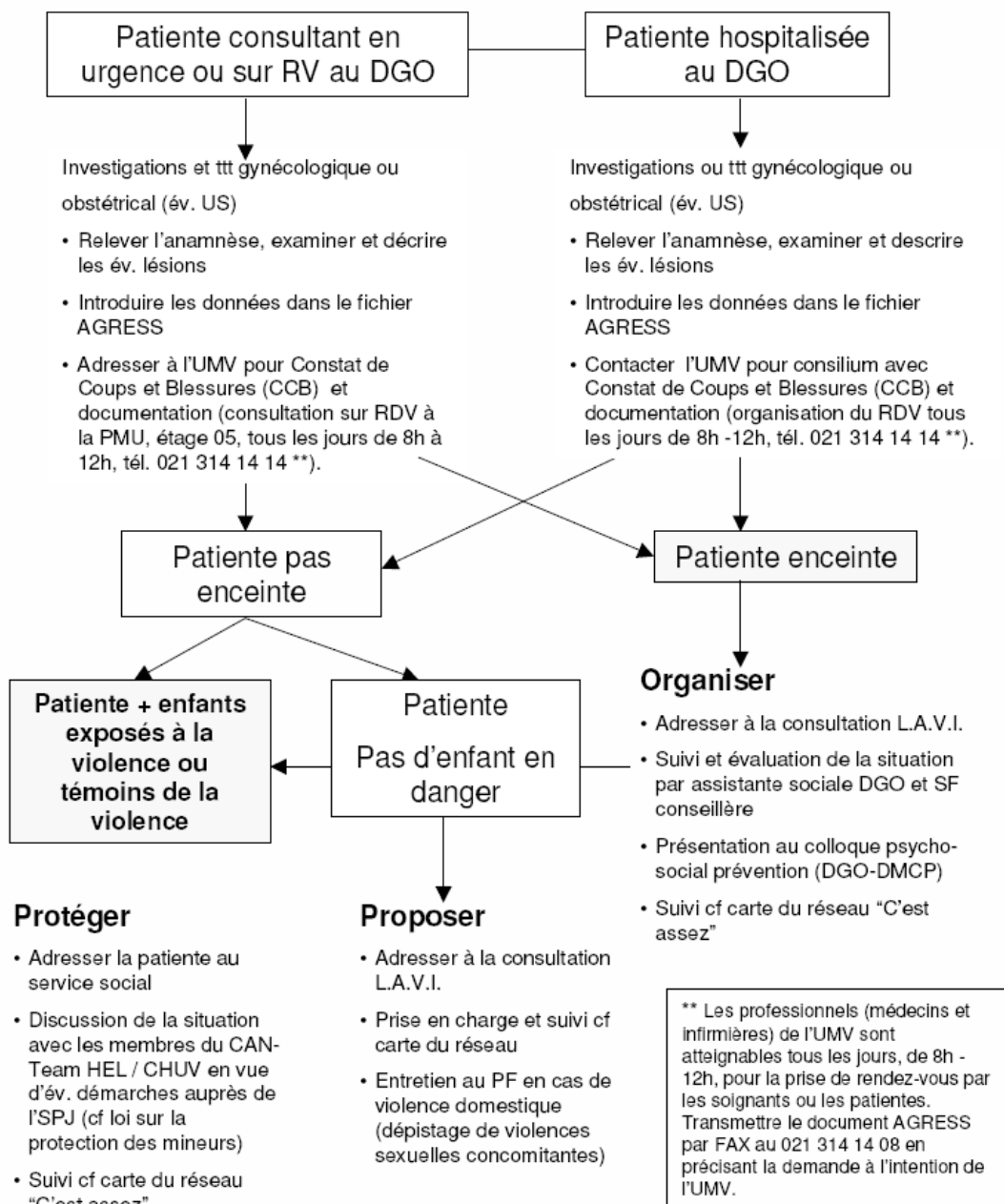
Référence pour les adresses et no de téléphone : carte du réseau d'aide sur intranet V1 du 12.07.07/SR

Violences envers les femmes
Prise en charge et coordination entre
DGO et Unité de Médecine des Violences (UMV)

II

**Patiente victime de
violences non sexuelles**

*(en cas de violences sexuelles
concomitantes cf. document I)*



* Adresser d'abord aux urgences de chirurgie, en cas de présence ou de suspicion de lésions à traiter, le CCB pouvant être effectué de manière différée.

V2 du 1.10..07/SR

XLVI. Annexe 7 : directives abrégées (agression/ abus sexuel chez les enfants et les adultes)

Examen gynécologique lors d'agression sexuelle (abus sexuel ou viol)

Le récit de la victime, l'évaluation psycho-sociale et l'investigation juridique, occupent une position clé dans le cadre des investigations d'une suspicion d'abus sexuel chez l'enfant, mais également lors d'agression sexuelle chez l'adolescente ou l'adulte. Il est toutefois de plus en plus fréquent que le gynécologue et le pédiatre soient confrontés à la demande d'un examen somatique dirigé, qu'il s'agisse d'une agression récente ou ancienne.

La connaissance de l'aspect morphologique des organes génitaux selon l'âge de la victime et son stade développemental (fillette et adolescente) et selon la présence de rapports sexuels antérieurs (adolescente et adulte), ainsi que la maîtrise des techniques d'examen appropriées, sont les conditions indispensables d'une telle évaluation.

A. Démarches entreprendre en cas d'agression sexuelle (abus ou viol)

≤72 h après le dernier épisode = consultation et examen en urgence.

Collecte d'évidences : sous-vêtements, habits souillés (dans sac en papier, éviter les sacs en plastique fermés car l'humidité dégrade le matériel biologique). Veiller à ce que la victime ne prenne pas de douche ni de bain avant l'examen ano-génital !

Anamnèse : procès-verbal textuel des propos spontanés de l'enfant ou de l'adulte, description des circonstances de la consultation et du comportement observé. Pour les enfants : procès-verbal du récit des accompagnateurs : qu'a dit l'enfant, à qui, dans quelles circonstances ?

Examen général : inspection en particulier de la peau et des muqueuses ainsi qu'appréciation du stade du développement pubertaire selon Tanner.

Examen gynécologique : examen morphologique externe avec test au bleu de toluidine (mise en évidence de lésions muco-cutanées invisibles à l'œil nu) et/ou examen coloscopique. Description, dessin, photographie digitale. Chez l'enfant : vaginoscopie et évent. anoscopie selon anamnèse. Chez l'adolescente : examen au vaginoscope ou spéculum "virgo". Chez l'adulte : examen au spéculum.

Objectifs de l'examen : détecter des lésions muco-cutanées fraîches (œdèmes, érythèmes, éraflures, érosions, hématomes, lacérations et/ou déchirures. Mettre en évidence du sperme ou tout autre matériel cellulaire provenant de l'agresseur afin de déterminer son code génétique. Diagnostiquer ou confirmer l'absence initiale d'une infection génitale.

Prélèvements : à but légal (éjaculat, poils, fragments de peau de l'agresseur ; frottis de la vulve, du périnée, du vagin, de l'urètre, de l'anus et évent. frottis buccal de la victime à la recherche de sperme ; frottis de la muqueuse gingivale ou prise de sang pour déterminer le code génétique de la victime ; recherches toxicologiques sang, urines, cheveux) à but médical préventif et thérapeutique (recherche de maladies sexuellement transmissibles (IST) telles qu'hépatite B, C, HIV, chlamydia, gonocoque, syphilis; test de grossesse). Adapter l'étendue des prélèvements à l'anamnèse, en particulier chez l'enfant (fréquemment: atouchements, pénétration digitale etc).

Contraception d'urgence ? : si indiquée, prescription de 1,5 mg lévonorgestrel (NorLevo® Uno).

Prophylaxie post-exposition ? : évaluer l'indication d'une prévention de l'hépatite B (début de vaccination ou booster) et du VIH (traitement médical préventif de courte durée). Critères : anamnèse de pénétration et/ou de contact des muqueuses, ou des zones cutanées lésées de la victime avec du sperme. Si possible test HIV rapide chez l'agresseur.

Examen du matériel collecté et des prélèvements médico-légaux : recherche de sperme ou d'autre matériel cellulaire provenant de l'agresseur dans le but de déterminer son code génétique. Le matériel est à adresser à l'Institut de Médecine Légale. Demander une mise en attente du matériel si une plainte n'a pas encore été déposée.

Organisation du suivi médical : visite médicale de contrôle 2 à 4 semaines après la **consultation** initiale avec entretien et évent. contrôle clinique (selon l'anamnèse : recherche de chlamydia, gonocoque par PCR dans les urines ; sérologies HIV, hépatite. Contrôles ultérieurs selon la situation (test HIV 3, 6 et 9 mois après l'agression). Chez l'enfant : adapter les contrôles cliniques à l'anamnèse (voir ci-dessus).

Prise en charge psycho-sociale : évaluer les besoins d'une prise en charge psychologique immédiate de l'enfant ou de l'adolescente (év. debriefing) et des parents et/ou d'un soutien à long terme.

Démarches légales : discuter la situation dans le cadre d'un groupe de protection de l'enfance et décider des mesures pénales et civiles en fonction de l'évaluation globale de la situation ; informer la victime et/ou sa famille de l'existence d'un centre de consultation pour victimes d'infractions L.A.V.I. (se basant en Suisse sur la Loi fédérale sur l'Aide aux Victimes d'Infractions).

Documentation : noms et coordonnées des accompagnateurs, des responsables en charge de l'affaire (police, justice) et des assistants sociaux concernés.

> 72h mais ≤ 1 semaine après le dernier épisode = urgence différée (consultation à organiser avec personnel expérimenté disposant d'un équipement spécialisé).

Collecte d'évidences : éventuels sous-vêtements, habits souillés (dans sac en papier, éviter les sacs en plastique fermés car l'humidité dégrade le matériel biologique).

Anamnèse : voir ci-dessus.

Examen général : voir ci-dessus.

Examen physique général et gynécologique : examen morphologique externe avec test au bleu de toluidine (mise en évidence de lésions muco-cutanées invisibles à l'œil nu) et/ou examen colposcopique. Description, dessin, év. photographie. Event. vaginoscopie et/ou anoscopie.

Objectifs de l'examen : détecter des lésions muco-cutanées récentes (éraflures, érosions, hématomes, déchirures). Diagnostiquer une possible infection génitale.

Prélèvements : à but médical, préventif et thérapeutique (recherche de IST, évent. test de grossesse) et évent. légal (recherches toxicologiques).

Examen du matériel collecté et des prélèvements médico-légaux : voir ci-dessus

Organisation du suivi médical : voir ci-dessus.

Prise en charge psycho-sociale : voir ci-dessus.

Démarches légales : voir ci-dessus.

Documentation : voir ci-dessus

Agression il y a > 1 semaine = consultation sur rendez-vous (consultation spécialisée).

Anamnèse : voir ci-dessus.

Examen général : voir ci-dessus.

Examen gynécologique : examen morphologique externe, si possible colposcopique. Description, dessin, évent. photographie. Event. vaginoscopie et/ou anoscopie.

Objectifs de l'examen : détecter des lésions muco-cutanées anciennes. Diagnostiquer une possible infection génitale.

Prélèvements : selon anamnèse (recherche chlamydia, gonocoque dans les urines, évent. recherche HPV sur le frottis cytologique du col chez l'adolescente) et symptômes (évent. recherche gonocoques, test de grossesse), évent. recherches toxicologiques.

Suivi médical : à définir en fonction de la situation.

Prise en charge psycho-sociale : voir ci-dessus.

Démarches légales : voir ci-dessus.

Documenter : voir ci-dessus.

B. Preuves

Une grossesse et la présence de sperme, sont considérées comme preuves formelles d'un abus sexuel. Les cultures positives pour *Neisseria gonorrhoeae* et une sérologie positive pour la syphilis ou le VIH - en dehors des formes congénitales - font fortement soupçonner un abus sexuel.

Les cas où l'abus sexuel est suivi d'une révélation ou d'une découverte immédiate par un tiers sont peu fréquents. Dans ces cas, l'examen médical poursuit trois buts essentiels :

1. Relever des évidences médico-légales (sperme, cellules de l'agresseur pour déterminer son code génétique).
2. Mettre en évidence des lésions physiques éventuelles.
3. Préserver la santé de la victime (recherche infectiologique, mesures de prévention post-expositionnelle : traitement HIV préventif, vaccination hépatite B ou booster, pilule du lendemain).

Dans la majorité des cas la révélation intervient toutefois surtout chez l'enfant et l'adolescente plus tardivement. L'examen gynécologique sert alors à identifier des séquelles locales.

Les modifications morphologiques suivantes sont considérées compatibles avec l'anamnèse d'un abus sexuel chez l'enfant :

Aspects morphologiques suspects

- bord hyménéal épaissi ou enroulé (le diamètre transverse de l'orifice hyménéal n'est pas à lui seul un indicateur d'abus sexuel) ;
- amincissement important du bord hyménéal postérieur ;
- concavités (indentations) hyménéales (localisation typique entre 3h et 9h avec asymétrie et irrégularités du bord hyménéal ou aspect angulaire) ;
- dilatation anale spontanée de >20 mm (en <30 sec, ampoule rectale vide) avec effacement des plis anaux.

Il est nécessaire de faire la distinction entre des modifications anatomiques suspectes et des modifications correspondant vraisemblablement à des variations anatomiques sans signification. Celles-ci ont également été observées chez des filles sans antécédents d'abus sexuel et doivent pour cette raison être considérées comme aspécifiques.

Aspects morphologiques vulvaires normaux ou aspécifiques :

Erythème vulvaire, travées périurétrales, travées intravaginales, synéchies labiales, follicules lymphoïdes de la fosse naviculaire, surélévations convexités ou nodosités médianes ou paramédianes du bord hyménéal et appendices hyménéaux médians (= résidus d'un septum vaginal), dilatation urétrale.

C. Rôle de l'âge de la victime au moment de l'abus sexuel et à celui de l'examen médical

L'appréciation de la morphologie hyménéale est particulièrement difficile en puberté et postpuberté en raison des changements physiologiques de l'aspect hyménéal dus à l'oestrogénisation (hymen charnu avec possible atténuation d'anciennes modifications hyménéales, augmentation de l'élasticité hyménéale).

D. Rapports sexuels antérieurs

Décrire l'apparence de l'hymen de manière détaillée, même s'il n'y a pas de signe de lésions récentes.

E. Diagnostic différentiel

Certaines particularités ano-génitales peuvent être à l'origine d'une erreur diagnostique. L'examineur non averti peut rencontrer des difficultés d'appréciation en face des pathologies suivantes : lichen scléro-atrophique, hémangiome vulvaire, prolapsus urétral, polype urétral, absence congénitale de la fusion périnéale médiane (diastase anale).

F. Pro memoriam

Adolescentes et adultes : il est fréquent qu'une agression sexuelle, même avec pénétration, ne provoque pas de lésions évidentes.

Fillettes : rappelons que même des abus sexuels chroniques, perpétrés sur une longue durée, ne provoquent que très rarement des séquelles spécifiques au niveau des organes génitaux externes. Cela s'explique d'une part par le fait que les formes d'abus sexuel les plus fréquentes chez l'enfant (attouchements digitaux, péniens et oraux, masturbation forcée) ne provoquent pas de lésions génitales directes, et d'autre part par une excellente capacité de régénération et de réparation de ces tissus. Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, un abus sexuel avec pénétration ne va ainsi pas obligatoirement laisser des séquelles physiques réparables.

G. Conclusion

Un aspect normal ou aspécifique des organes génitaux externes n'exclut pas une agression sexuelle, ou un abus sexuel unique ou répété, que le dernier épisode soit récent ou ancien. Inversement, l'aspect morphologique suspect ne peut à lui seul constituer la preuve d'un tel abus en l'absence d'une anamnèse.

A noter qu'une documentation descriptive et si possible photographique peut chez l'enfant servir à titre comparatif lors de contrôles ultérieurs, ainsi que, le cas échéant, pour établir une expertise médico-légale.

XLVII. Annexe 7 : bibliographie

Adams JA; Kaplan RA; Starling SP; Mehta NH; Finkel MA; Botash AS; Kellogg ND; Shapiro RA. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused.. J Pediatr Adolesc Gynecol;20(3):163-72, 2007 Jun.

Adams JA: Approach to the interpretation of medical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: a 2005 revision. The APSAC Advisor, Summer 2005:7-13

Adams JA Approach to the Interpretation of Medical and Laboratory Findings in Suspected Child Sexual Abuse: A 2005 Revision. On the Edge. The Official New Letter of the International Association of Forensic Nurses. Volume 12, Number 1 • SPRING 2006

Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. J Pediatr Adolesc Gynecol 2004; 17: 191-197.

Adams JA, Botash AS, Kellogg N: Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. Arch Pediatr Adolesc Med 2004 Mar; 158(3): 280-5.

Adams JA, Girardin B, Faugno D: Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photo-colposcopy. J Pediatr Adolesc Gynecol 2001;14:175-180

Adams JA, Harper K, Knudson S, et al: Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. Pediatrics 1994 Sep; 94(3): 310-7.

American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence : Care of the adolescent sexual assault victim. Pediatrics 2001;107: 1476-1479.

American Academy of Pediatrics: Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1999 Jan; 103(1): 186-91[Medline].

Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM et al: Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. Pediatrics 2002; 109:228-235.

Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, et al: A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obstet Gynecol 2000 Apr; 182(4): 820-31; discussion 831-4.

Bernard D, Peters M, Makoroff K : The evaluation of suspected pediatric sexual abuse. Clin Ped Emerg Med 2006; 7: 161-169

Botash AS: Examination for sexual abuse in prepubertal children: an update. Pediatr Ann 1997 May; 26(5): 312-20.

Botash AS: Child Abuse Evaluation and Treatment for Medical Providers. 2006;.

Botash Ann S, Pediatrics, Child Sexual Abuse. e-medecine, april 6, 2006

Bouvier, P., Halpérin, D., Rey, H., Jaffé, P. D., Laederach, J., Mounoud, R. L. et al. (1999).

Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse Negl*, 23, 779-790.

Centers for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002; 51(No. RR-6): 1-84.

CDC, Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. Morbidity and Mortality Weekly Report. January 21, 2005 / 54(RR02);1-20

CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Sexual Assault and STD. Morbidity and Mortality Weekly Report. August 4, 2006 / Vol. 55 / No. RR-11

Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, et al: Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. Pediatrics 2000 Jul; 106(1 Pt 1): 100-4[Medline].

- Emans SJ, Woods ER, Allred EN, Grace E.: Hymenal findings in adolescent women: impact of tampon use and consensual activity. *JPediatr* 1994;125:153-
- Emans SJ, Woods ER, Flagg NT, et al: Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic, girls. *Pediatrics* 1987 May; 79(5): 778-85.
- Evans H: Vaginal discharge in the prepubertal child. *Pediatr Case Rev* 2003 Oct; 3(4): 194-202.
- Finkel MA: Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics* 1989 Aug; 84(2): 317-22.
- Finkelhor D: Current information on the scope and nature of child sexual abuse. In: *Sexual Abuse of Children: The David and Luc Center for the Future of Children*. 4: 1994:31-53.
- Girardet R., Lahoti S., Parks D, McNeese M : Issues in pediatric sexual abuse- What we think we know and where we need to go. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2002; 32(7) : 216-246
- Grossin, C., Sibille, I. L. d. I. G., Banasr, A., & Brion, F. D. M. (2003). *analys of 418 cases of sexual assault. Forensic science international, 131, 125-130.*
- Peschers, U., Du Mont, J., Jundt, K., Pfürtner, M., Dugan, E., & Kindermann, G. (2003). Prevalence of Sexual Abuse Among Women Seeking Gynecologic Care in Germany. *Obstet Gynecol, 101, 103-108.*
- Hammerschlag MR: Appropriate use of nonculture tests for the detection of sexually transmitted diseases in children and adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis* 2003 Jan; 14(1): 54-9.
- Heger A., Emans SJ, Muram D: Evaluation of the sexually abused child. A medical textbook and photographic atlas. Second edition, 2000. Oxford University Press, New York. 337p. Also contains a CD-Rom with interactive case studies, photo atlas and readings.
- Heger A, Ticson L, Guerra L et al: Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and non-specific findings. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002;15:27-35
- Heger A, Ticson L, Velasquez O et al: Children referred for possible sexual abuse : medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:645-659.
- Josse Evelyne. Accueillir et soutenir les victimes de violences sexuelles Approche orientée vers la solution. www.resilience.netforms.com
- Kellogg N and the Committee on child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005; 116:506-512
- Kellogg ND, Menard SW, Santos A: Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". *Pediatrics* 2004 Jan; 113(1 Pt 1): e67-9
- Killias, M., Simonin, M., & De Puy, J. (2005). *Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS) 16.* Berne.
- Muram D, Elias S: Child sexual abuse-genital tract findings in prepubertal girls. II. Comparison of colposcopic and unaided examinations. *Am J Obstet Gynecol* 1989 Feb; 160(2): 333-5.
- Muram D, Levitt CJ, Frasier LD, et al: Genital injuries. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003 Jun; 16(3): 149-55.
- Landmark Sexual Assault Law Reform (SARA), New York State, 2001.
- Organisation Mondiale de la Santé (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Genève.
- Renteria S.-C. Sexueller Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen – Aufdeckung, Untersuchung und Erstbetreuung. *Therapeutische Umschau*, Band 62, 2005. Heft 4.
- Renteria S.-C. *VADEMECUM de pédiatrie, 1ère édition octobre 2001, Département Médico-Chirurgical de Pédiatrie Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, CHUV.*
- Resnick, H., Acierno, R., Holmes, M., Dammeyer, M., & Kilpatrick D. (2000). Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence : An empirical approach to behavioral emergencies. *Journal of clinical psychology, 56, 1317-1333.*
- Riggs, N., Houry, D., Long, G., Markovchick, V., & Feldhaus, K. M. (2000). Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann.Emerg.Med., 35, 358-362.*
- Rogers Deborah J., Stark Margaret. The hymen is not necessarily torn after sexual intercourse, *BMJ.* 1998, 317. 414
- Siegel RM, Schubert CJ, Myers PA, Shapiro RL: The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics* 1995 Dec; 96(6): 1090-4.

Stermac, J., Du Mont, J., & Kalemba, V. (1995). Comparison of sexual assaults by strangers and known assailants in an urban population of women. *Can med assoc J*, 153, 1089-1094.

Swanston HY, Tebbutt JS, O'Toole BI, et al: Sexually abused children 5 years after presentation: a case-control study. *Pediatrics* 1997 Oct; 100(4): 600-8.

King County Sexual Assault Resource Center. 10 Tips to Reduce the Risk of Sexual Assault. www.kcsarc.org, 2003.

US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families: Child Maltreatment 2004 [Web site].

Vézina, J. & Hébert, M. (2007). Risk factors for victimization in romantic relationships of young women: a review of empirical studies and implications for prevention. *Trauma, violence & abuse*, 8, 33-66.

Weingartner M., Von Castelberg B. Häusliche Gewalt – was können Aerztinnen und Aerzte tun? *Bulletin des médecins suisses | Schweizerische Ärztezeitung | Bollettino dei medici svizzeri* | 2007;88: 22

Welch, J. & Mason, F. (2007). Rape and sexual assault. *BMJ*, 334, 1154-1158.