

# Prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles

2<sup>e</sup> édition

2014<sup>1</sup>

Groupe de travail MSF pour les soins de santé reproductive et la violence sexuelle<sup>2</sup>  
Approuvé par les Directeurs Médicaux (BD, JH), mai 2014, EDITE

Ce document donne une vue générale des interventions médicales requises dans le cadre de la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Chaque intervention est décrite dans une fiche spécifique.

Les principaux changements effectués dans cette version révisée en 2014 concernent : la prophylaxie post-exposition du VIH (Fiche 1), la prophylaxie des infections sexuellement transmissibles (Fiche 2), l'interruption volontaire de grossesse (Fiche 5), les vaccinations (Fiches 6 et 7) et le traitement des plaies (Fiche 8).

En plus les soins médicaux décrits dans ce document, MSF apporte aux victimes de violences sexuelles un soutien psychologique et établit un certificat médico-légal.

Les recommandations pour la mise en œuvre d'une intervention auprès des victimes de violence sexuelle, relatives en particulier au consentement à l'examen médical, à la confidentialité, à la collecte de données, à la rédaction et conservation des certificats médicaux, au circuit des patients, à l'identification des victimes et à l'implication de la communauté, sont disponibles dans les différents centres opérationnels (OC) MSF.

**Pour tout commentaire ou question, contacter le référent SRH dans l'un des centres d'opérationnels.**

---

<sup>1</sup> Texte original rédigé en juillet 2011.

<sup>2</sup> En collaboration avec les groupes de travail VIH/sida, Pédiatrie, Vaccination et le Réseau Pharma et en cohérence avec le Guide Clinique et Thérapeutique MSF et le guide Obstétrique MSF.

Fiche	Interventions	Actions
1	Prophylaxie post-exposition (PEP) au VIH	Dans les premières 72 heures
2	Prophylaxie des infections sexuellement transmissibles (IST)	Le plus rapidement possible.
3	Prise en charge des grossesses non désirées	Envisager la possibilité d'une grossesse. Réaliser un test de grossesse et discuter des options possibles.
4	Contraception d'urgence	A administrer dans les 72 heures suivant le viol pour éviter une grossesse non désirée.
5	Interruption volontaire de grossesse (IVG)	Conseiller, discuter les options possibles. Réaliser ou référer pour IVG. Offrir une contraception post-IVG.
6	Prévention du tétanos	Selon le niveau de risque et le statut vaccinal au moment de l'exposition.
7	Prévention de l'hépatite B	Vacciner selon le protocole.
8	Traitement des plaies	Réaliser un examen clinique, après consentement de la victime. Désinfecter/suturer les plaies. En cas de fistules traumatiques, mesures de traitement simples ou référence auprès d'un spécialiste.

### Remarque

Même si les patients se présentent à distance de l'agression, les vaccinations et le traitement des IST doivent être réalisés, jusqu'à 6 mois après l'agression.

### Aspects logistiques

Les médicaments et tests diagnostiques proposés dans ce document peuvent être commandés sous forme de "kit post-viol» (pour 35 adultes et 15 enfants), qui constitue l'un des modules du kit MSF KMED partie 3 : Kit hôpital modulaire/**MODULES HOPITAL DIVERS**

KMEDMHMI13A (module hôpital divers) MEDICAMENTS PEC VIOL, 50 partie A

KMEDMHMI13B (module hôpital divers) MEDICAMENTS PEC VIOL 50 CHAINE DE FROID

## FICHE 1 : PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PPE) AU VIH

---

Le risque de transmission du VIH et d'autres IST est plus élevé lors d'un viol que lors d'un rapport sexuel consenti en raison du recours à la violence, responsable de lésions traumatiques des muqueuses anales, vaginales et buccales. Le risque de transmission du VIH est également plus élevé en cas de lésions génitales préexistantes (ulcérations génitales, IST) ou lors des règles.

### 1.1 Évaluation du risque de transmission du VIH<sup>3</sup>

Toutes les agressions sexuelles n'impliquent pas nécessairement le recours à une PPE. Selon les données épidémiologiques les plus fiables, le risque de contracter le VIH pour le receveur lors d'un seul rapport sexuel consenti est de 0,1 % (1 pour 1 000) à 1 % (1 pour 100) lors d'une pénétration vaginale et de 1 % et 5 % (1 à 5 pour 100) lors d'une pénétration anale. L'indication de PPE dépend de l'évaluation du risque de transmission du VIH :

#### **Pas de risque de transmission ⇒ pas de PPE**

- Après avoir été embrassé(e)
- Après pénétration digitale ou pénétration vaginale, anale ou orale avec un corps étranger (sans blessure)
- Après éjaculation sur une peau intacte

#### **Risque de transmission ⇒ PPE<sup>4</sup>**

- Après pénétration vaginale, anale et orale
- Après morsure avec saignement (la victime a mordu l'agresseur ou a été mordue par l'agresseur)
- Après un acte de violence indéterminé

### 1.2 Considérations relatives au test de dépistage du VIH

Le viol est une expérience traumatisante. Discuter de l'infection par le VIH, en tant que condition préexistante OU conséquence de l'agression sexuelle, demande une certaine délicatesse. Le test de dépistage du VIH doit être accompagné d'appui, conseil et informations concernant ses implications.

**Un test initial de dépistage du VIH est recommandé mais n'est PAS obligatoire pour commencer une PPE.**

La connaissance du statut sérologique pour le VIH avant de débiter la PPE présente les avantages suivants :

- Éviter une PPE inutile si le patient est déjà séropositif.
- Offrir la possibilité de référer la victime pour traitement et soins adéquats si une infection par le VIH était diagnostiquée.
- Confirmer un test de dépistage du VIH négatif, ce qui peut motiver le patient pour débiter la PPE et la suivre jusqu'à son terme.

---

<sup>3</sup> Les dires des enfants concernant les violences sexuelles peuvent ne pas fournir les informations permettant l'évaluation du risque de transmission du VIH. En cas de doute, proposer le dépistage du VIH et la PPE.

<sup>4</sup> Si la prophylaxie recommandée par MSF n'est pas disponible, le traitement dépend des recommandations locales et des moyens disponibles.

**Si la victime se présente dans les 72 heures** qui suivent l'agression mais qu'elle est trop traumatisée pour discuter d'un test VIH, il est inutile de la pousser à le réaliser dès la première rencontre. Le sujet sera de nouveau abordé à la première occasion. Dans tous les cas, lorsqu'une PPE est indiquée, celle-ci doit être débutée *le plus rapidement possible* dans les premières 72 heures. Le test de dépistage du VIH doit être discuté et proposé lors de la toute première visite de suivi.

**Si la victime se présente après 72 heures**, un test VIH doit être proposé mais il faudra expliquer qu'une PPE ne sera pas donnée car il n'est pas démontré qu'elle est efficace au-delà de 72 heures.

<b>Résultats du test VIH et recommandations pour la PPE</b>	
<b>Le test n'a PAS été réalisé</b>	PPE pendant 28 jours.
<b>Le test a été réalisé</b>	
Résultat négatif	PPE pendant 28 jours.
Résultat positif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de PPE.</li> <li>• Si la PPE a été débutée, l'arrêter.</li> <li>• Informer le patient du résultat et des soins médicaux recommandés.</li> <li>• Réaliser les soins nécessaires ou référer en fonction de ce qui est nécessaire et faisable, en fonction du contexte.</li> </ul>
Résultat indéterminé	PPE jusqu'à l'obtention d'un résultat concluant.

### 1.3 Examens biologiques

Aucun examen biologique n'est nécessaire pour débuter une PPE.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Si disponibles, les examens de contrôle suivants peuvent être utiles au cours d'une PPE :

- Zidovudine (AZT) : hémoglobine pour détecter une anémie.
- Inhibiteurs de protéase (IP) : ALAT en cas de suspicion clinique d'hépatite.
- Ténofovir (TDF) : clairance de la créatinine avant mise sous traitement en cas de diabète, hypertension, pathologie rénale ou chez les patients recevant des médicaments néphrotoxiques (y compris AINS).

## 1.4 Protocole de PPE

ADULTES ET ENFANTS > 35 KG			
Médicaments	Dosage/cp	Posologie	Durée
TDF*/3TC +	300 mg/300 mg	1 cp x 1/jour	28 jours
atazanavir/ritonavir**	300 mg/100 mg	1 cp x 1/jour	
* si TDF non disponible : AZT/3TC	300 mg/150 mg	1 cp x 2/jour	
**si atazanavir/ritonavir non disponible: lopinavir/ritonavir (LPV/r)	200 mg/50 mg	2 cp x 2/jour	

cp = comprimé/s

### Effets indésirables

- Nausées, vomissements, céphalées. Ces effets indésirables sont rares et mineurs mais peuvent compromettre l'adhérence au traitement. Il faut en informer le patient et insister sur l'importance de poursuivre le traitement.
- L'atazanavir peut provoquer un ictère : il ne s'agit pas d'une hépatite et le patient peut poursuivre le traitement.
- Le ténofovir (TDF) est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale préexistante (clairance de la créatinine < 50 ml/minute). Toutefois, il est peu probable qu'une administration de courte durée (28 jours) provoque une toxicité rénale importante. Si une clairance de la créatinine ne peut être réalisée, éviter le ténofovir chez les patients diabétiques, hypertendus ou sous médicaments néphrotoxiques.
- Éviter l'administration de zidovudine (AZT)/lamivudine (3TC) en cas d'anémie clinique et/ou si l'hémoglobine est < 8 g/dl.

### Autres considérations

- L'adhérence au traitement représente la plus grande difficulté : la thérapie antirétrovirale (TAR) doit être accompagnée d'appui et conseil des patients.
- De manière générale, le taux d'abandon du traitement est plus élevé chez les victimes d'agressions sexuelles que chez les patients infectés par le VIH sous TAR.
- Si la victime n'est pas en mesure de prendre une décision quant à une PPE, proposer les premières doses et reprendre la discussion dans les 24 heures suivantes.
- En cas de doute sur le protocole de PPE à suivre, contacter le référent VIH du siège MAIS il est préférable d'administrer la première dose DÈS QUE POSSIBLE. Si le protocole recommandé dans cette fiche n'est pas disponible, commencer le traitement avec les médicaments immédiatement disponibles. Administrer de préférence 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) + 1 inhibiteur de protéase (IP). Si l'IP n'est pas disponible, commencer avec 2 INTI + éfavirenz (EFV).

PPE POUR LES ENFANTS < 35 KG								
Posologie par traitement et catégorie de poids								
Poids	Matin /soir	AZT/3TC 60 mg/30 mg	LPV/r 100 mg/25 mg		Sirop LPV/r 80 mg/20 mg par ml		AZT/3TC 300 mg/150 mg	
3-3,9 kg	☀	1 cp			+	1 ml		
	☾	1 cp			+	1 ml		
4-5,9 kg	☀	1 cp			+	1,5 ml		
	☾	1 cp			+	1,5 ml		
6-9,9kg	☀	1½ cp			+	1,5 ml		
	☾	1½ cp			+	1,5 ml		
10-13,9kg	☀	2 cp	+	2 cp	ou	2 ml		
	☾	2 cp	+	1 cp	ou	2 ml		
14-19,9kg	☀	2½ cp	+	2 cp	ou	2,5 ml		
	☾	2½ cp	+	2 cp	ou	2,5 ml		
20-24,9 kg	☀	3 cp	+	2 cp	ou	3 ml		
	☾	3 cp	+	2 cp	ou	3 ml		
25-34,9 kg	☀			3 cp			+	1 cp
	☾			3 cp			+	1 cp

cp = comprimé/s

### Remarques concernant les enfants

- Si l'enfant vomit dans les 30 minutes qui suivent la prise du médicament, ré-administrer la même dose.
- Les comprimés pédiatriques d'AZT/3TC sont dispersibles dans l'eau et sécables. Ils peuvent être dilués dans une petite quantité d'eau ou écrasés et mélangés à des aliments.
- Les comprimés de lopinavir/ritonavir (LPV/r) ne peuvent pas être écrasés ou coupés et peuvent être difficiles à avaler. Utiliser si possible le sirop chez les jeunes enfants.
- Le lopinavir/ritonavir (LPV/r) est actuellement disponible sous forme de sirop pour les enfants de moins de 10 kg. Il sera bientôt disponible sous forme de microgranules. Les microgranules seront à privilégier car elles sont plus faciles à administrer et moins amères.
- Les cliniciens doivent être attentifs au problème de l'acceptation du traitement chez l'enfant et des difficultés d'adhérence au traitement. Il faut prendre le temps d'apporter appui et conseil aux enfants et à leurs parents ou aux personnes qui s'occupent de l'enfant.

### 1.5 Suivi

Dans la mesure du possible, un nouveau test VIH doit être réalisé 3 mois plus tard, afin d'évaluer une éventuelle séroconversion par le VIH. Si le résultat du test est positif, les patients doivent être référés pour recevoir les traitements et soins adaptés.

## Fiche 2 : Prophylaxie des infections sexuellement transmissibles (IST)

Tous les patients doivent systématiquement recevoir un traitement prophylactique contre les IST (gonorrhée, chlamydie, syphilis, chancroïde, trichomonase), le plus rapidement possible après le viol.

Pour les victimes se présentant 6 mois après l'agression :

- En l'absence de symptômes : administrer un traitement prophylactique complet.
- En cas de symptômes d'une ou plusieurs IST, suivre le protocole de traitement standard<sup>6</sup>.
- Pour la syphilis : réaliser un test si possible.

<b>ADULTES (&gt; 35 KG)</b>		
Traitement prophylactique de la gonococcie, chlamydie, syphilis <sup>7</sup>		
	Médicament	Posologie/Durée
Première ligne	<b>ceftriaxone</b> , 250 mg, flacon	250 mg IM dose unique
	+	+
	<b>azithromycine</b> , 250 ou 500 mg, comprimé	2 g dose unique
Si ceftriaxone non disponible	remplacer par <b>céfixime</b> , 200 mg, comprimé	400 mg dose unique

<b>ADULTES (&gt; 35 KG)</b>	
Traitement prophylactique de la trichomonase	
Médicament	Posologie/Durée
<b>tinidazole</b> , 500 mg, comprimé	2 g dose unique
ou, si tinidazole non disponible	
<b>métronidazole</b> , 250 mg ou 500 mg, comprimé	2 g dose unique

<sup>6</sup> Guide clinique et thérapeutique MSF ou protocole national pertinent utilisée par MSF dans le contexte.

<sup>7</sup> En prenant une dose de 2 g d'azithromycine, le patient est protégé à la fois contre la syphilis en incubation et post-incubation. Un test de dépistage de la syphilis n'est donc pas nécessaire pour déterminer si une prophylaxie ou un traitement est nécessaire. Si le patient présente des ulcérations génitales, administrer 2 g d'azithromycine immédiatement, sans tenir compte du nombre d'heures écoulées depuis le viol (la benzathine benzylpénicilline IM, 2,4 MU dose unique, est une alternative).

<b>ENFANTS (&lt; 35 KG)</b>			
Traitement prophylactique de la gonococcie, chlamydie, syphilis			
Traitement de première ligne			
Médicaments	5 à < 12 kg	12 à < 25 kg	25 à < 35 kg
<b>ceftriaxone</b> 250 mg, flacon + <b>azithromycine</b> 200 mg/5 ml, suspension orale ou 250 mg, comprimé	125 mg dose unique + 20 mg/kg dose unique	125 mg dose unique + 500 mg dose unique	125 mg dose unique + 1 g dose unique
Si ceftriaxone non disponible :			
Médicaments	5 à < 12 kg	12 à < 25 kg	25 à < 35 kg
<b>céfixime</b> 100 mg/5 ml, suspension orale ou 200 mg, comprimé + <b>azithromycine</b> 200 mg/5 ml, suspension orale ou 250 mg, comprimé	8 mg/kg dose unique + 20 mg/kg dose unique	200 mg dose unique + 500 mg dose unique	400 mg dose unique + 1 g dose unique

<b>ENFANTS (&lt; 35 KG)</b>	
Traitement prophylactique de la trichomonase	
Médicament	Posologie/Durée
<b>tinidazole</b> , 500 mg, comprimé	50 mg/kg (max. 2 g) dose unique
ou, si tinidazole non disponible	
<b>métronidazole</b> 125 mg/5 ml, suspension orale ou 250 ou 500 mg, comprimé	15 mg/kg/jour à diviser en 3 prises pendant 7 jours

### Contre-indications

- La céfixime et la ceftriaxone sont contre-indiquées en cas d'allergie à la pénicilline (il existe une allergie croisée aux céphalosporines dans 5 à 10% des cas).
- Pas de contre-indication à l'azithromycine et aux céphalosporines chez la femme enceinte ou allaitante.
- Chez la femme enceinte ou allaitante, fractionner les doses de métronidazole ou tinidazole.

### Effets indésirables

Troubles digestifs, en particulier vomissements ; céphalées, vertiges, réactions allergiques (éruption cutanée, prurit, fièvre).



**Précautions**

- La PPE est prioritaire.
- Si la victime a pris un contraceptif d'urgence (CU) et/ou qu'elle suit une PPE, envisager d'administrer le traitement des IST quelques heures plus tard (en particulier pour les patients recevant une dose de 2 g d'azithromycine car cette dose provoque fréquemment des vomissements).
- En cas de vomissements dans les 2 heures qui suivent la prise des médicaments, ré-administrer la dose.

### Fiche 3 : PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES NON DESIREES

---

Le viol peut aboutir à une grossesse. Une adolescente ou une femme victime de viol peut vouloir savoir si elle est enceinte à la suite du viol ou si elle était déjà enceinte au moment du viol, surtout si elle envisage d'interrompre la grossesse ou de faire adopter l'enfant.

Toutefois, établir le diagnostic de grossesse n'est **PAS un prérequis** pour :

- L'administration d'une **contraception d'urgence** car celle-ci ne nuira pas à une grossesse préexistante (Fiche 4).
- Une **interruption de grossesse** car celle-ci sera réalisé si la femme le demande, que la grossesse résulte du viol ou non (Fiche 5).

En l'absence de signes cliniques de la grossesse, un test de grossesse peut être indiqué mais il ne permet pas nécessairement de déterminer si une grossesse est le résultat du viol ou non.

Test de grossesse	Moment du test	Conclusion et information à la patiente
<b>Positif</b>	< 2 semaines après le viol	Est-elle enceinte ? <b>OUI</b> Est-ce que la grossesse résulte du viol ? <b>NON</b> La grossesse n'est <b>probablement pas</b> le résultat du viol
	> 2 semaines après le viol	Est-elle enceinte ? <b>OUI</b> Est-ce que la grossesse résulte du viol ? <b>INCONNU</b> Chez des patientes sexuellement actives, il n'est <b>pas possible de déterminer</b> si la grossesse est le résultat du viol ou non.
<b>Négatif</b>	2 semaines après le viol	Est-elle enceinte ? <b>INCONNU</b> <b>Répétez le test</b> 2 et 6 semaines plus tard.

Les professionnels de la santé doivent être conscients qu'être enceinte dans ce contexte et devoir prendre une décision peut être très difficile pour la patiente et qu'elle peut avoir besoin d'appui et conseils :

- Si la patiente souhaite poursuivre la grossesse, le suivi prénatal et les soins obstétricaux sont les mêmes qui pour une grossesse non liée à un viol.
- Si la patiente souhaite interrompre la grossesse : l'informer sur les critères et méthodes possibles selon sa situation (Fiche 5).
- Si la patiente ne souhaite ni interrompre la grossesse ni garder l'enfant : assurer normalement le suivi de la grossesse lors des consultations prénatales et référer la patiente à une organisation (religieuse, groupe de femmes, ONG, orphelinat) en vue d'une adoption.

## Fiche 4 : Contraception d'urgence (CU)

---

La CU n'est pas une méthode d'avortement. Elle est autorisée dans pratiquement tous les pays du monde.

Il faut envisager la CU pour toutes les jeunes filles et femmes en âge de procréer, dès les premiers signes de la puberté ou l'apparition des premières règles.

### 4.1 Méthodes

Il existe deux méthodes de contraception d'urgence :

- **La pilule contraceptive d'urgence (PCU)**
- **Le dispositif intra-utérin (DIU)**

Avant de décider de la méthode, il est utile de déterminer si la patiente était déjà enceinte (Fiche 3). S'il n'est pas possible de le déterminer :

- La PCU ne nuit PAS à une grossesse existante.
- Le DIU est contre-indiqué car il peut nuire à une grossesse existante.

Il faut informer la patiente qu'elle doit revenir au centre de soins si elle a des questions à propos de la CU ou besoin de temps pour réfléchir ou si elle n'a pas ses règles dans les 21 jours qui suivent la prise de la PCU. Dans ce dernier cas, elle pourrait être enceinte et avoir besoin de soins supplémentaires.

### 4.2 Pilule contraceptive d'urgence (PCU)

Une PCU peut prévenir une grossesse dans les premières 72 heures après un rapport sexuel non protégé. De 72 à 120 heures (5 jours) après, la PCU doit encore être proposée mais son efficacité est réduite à moins de 50%.

Pilule contraceptive d'urgence					
Médicament <sup>8</sup>	Noms de spécialités	Dosage/cp	Posologie	Durée	Nombre de comprimés
<b>lévonorgestrel</b>	Levonelle, Norlevo, PlanB, Postinor-2, Vikela	0,75 mg	1,5 mg	Dose unique (ou 2 x 1 cp. à 12 h d'intervalle)	2

#### Remarques

- Cette posologie concerne les femmes  $\leq 75$  kg.
- Il est recommandé de doubler la dose (3 mg de lévonorgestrel) chez les femmes sous inducteurs enzymatiques tels que certains ARV comme l'éfavirenz (EFZ) ou la rifampicine.
- Il est recommandé de doubler la dose (3 mg de lévonorgestrel) si la patiente est sous PPE et d'administrer la CU 2 heures avant le début de la PPE.

---

<sup>8</sup> Il existe des produits spécialement conditionnés pour la CU mais ils ne sont pas disponibles dans tous les pays.

### Conseils et suivi

- Il n'existe pas de contre-indication à l'utilisation de la PCU.
- Informer des effets indésirables possibles et de l'effet de la pilule sur le prochain cycle menstruel. La PCU ne permet pas d'éviter une grossesse consécutive à des rapports sexuels postérieurs à son utilisation.
- La PCU peut être utilisée deux fois pendant le même cycle menstruel. Une femme peut prendre un nombre illimité de PCU dans sa vie.
- Conseiller sur l'utilisation de préservatifs.
- Discuter des besoins de la patiente en termes de contraception régulière et lui fournir la contraception souhaitée.

### Alternatives à la PCU

Si la PCU pré-conditionnée n'est pas disponible, il est possible d'utiliser des **pilules**

#### contraceptives orales classiques :

- lévonorgestrel seul (meilleure efficacité avec moins d'effets indésirables mais implique l'administration d'un grand nombre de comprimés)
- ou
- oestroprogestatif (Yuzpe) 2 doses à 12 heures d'intervalle

Contraceptifs oraux classiques pour utilisation en CU			
Médicaments	Noms de spécialités	Dosage/cp	Nombre de comprimés
lévonorgestrel seul	Microlut, Microval, Norgeston	3 mg	50 (en une seule prise)
	Ovrette	37,5 µg	40 (en une seule prise)
oestroprogestatif	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovrán, Tetragynon/PC-4, Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	EE 50 µg + LNG 250 µg ou EE 50 µg + LNG 250 µg	2 (puis 2 autres à 12 heures d'intervalle)
	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	EE 30 µg + LNG 150 µg ou EE 30 µg + LNG 300 µg	4 (puis 4 autres à 12 heures d'intervalle)
EE = ethinylestradiol    LNG = lévonorgestrel			

### Effets indésirables

- Nausées : pour réduire ce risque, manger avant de prendre les comprimés.
- Vomissements : si la femme vomit dans les 2 heures qui suivent la prise, ré-administrer la dose (et envisager la prise d'un anti-émétique). En cas de vomissement plus de 2 heures après la prise, ne pas prendre de doses supplémentaires.
- Informer la patiente que les prochaines règles pourront survenir quelques jours plus tôt ou plus tard que prévu. Si les règles suivantes sont très différentes de la normale, conseiller à la patiente de revenir en consultation.
- Discuter d'une possible grossesse si les règles ne surviennent dans les 21 jours ou dans les 5 à 7 jours suivant la date prévue si la date est connue. Conseiller à la patiente de revenir en cas de

céphalées, vertiges ou douleurs abdominales persistant plus d'une semaine après la prise de la PCU.

### **4.3 Dispositif intra-utérin (DIU)**

Le DIU au cuivre est efficace dès l'insertion. La méthode est très efficace pour prévenir une grossesse si la patiente se présente **dans les cinq jours** qui suivent l'agression, s'il n'y avait pas de grossesse connue avant le viol.

S'il est possible d'estimer à quel moment aura lieu l'ovulation, le DIU peut être inséré jusqu'à 5 jours après l'ovulation (noter qu'une ovulation conduisant à une grossesse peut parfois se produire *après* le rapport sexuel).

Le DIU doit être posé par un opérateur qualifié qui doit également conseiller la patiente. Si un DIU est inséré, assurer un traitement complet pour les IST (Fiche 2).

Le DIU peut être retiré lors des règles suivantes ou laissé en place à titre de contraception régulière.

#### **Contre-indications**

- Grossesse antérieure au viol, connue ou suspectée.
- Infection génitale active : endométrite post-partum, cervicite purulente à chlamydia ou gonocoque, etc.
- Suite immédiate d'un avortement septique.
- Saignements vaginaux inexplicables.
- Tumeurs malignes de l'appareil génital : cancer du col utérin non traité ou cancer de l'endomètre.
- Déformation de la cavité utérine (anomalie congénitale ou acquise interférant avec l'insertion du DIU).
- Maladie trophoblastique gravidique maligne active.

#### **Effets indésirables**

- Modifications des saignements menstruels habituels (surtout pendant les 3 à 6 premiers mois), y compris : saignement menstruel prolongé et important, saignements irréguliers, intensification des crampes et douleurs pendant les règles.
- Avortement spontané (fausse couche), accouchement prématuré, infection dans les rares situations où une grossesse survient malgré l'insertion d'un DIU.
- Perforation lors de l'insertion (rare) et maladie inflammatoire pelvienne (rare).

## Fiche 5 : Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Il est possible que les victimes de viol se présentent trop tard pour une CU (plus de 120 heures) ou que la CU échoue. Si la victime est enceinte et souhaite interrompre la grossesse, l'informer des critères et méthodes d'IVG.

La politique MSF est d'offrir l'accès à l'avortement (soit directement, soit en adressant la patiente dans un centre de référence<sup>9</sup>) dans le but de réduire la mortalité et la souffrance maternelle. L'IVG dans les projets de MSF est réalisée jusqu'à la fin du premier trimestre<sup>10</sup>.

Dans les situations où la législation relative à l'IVG est restrictive, la mission doit s'informer sur la loi, son interprétation habituelle et les éventuelles répercussions de la pratique de l'IVG, notamment en ce qui concerne la sécurité de la patiente et du personnel médical.

### Méthodes (jusqu'à 12 à 14 semaines d'aménorrhée)

Méthode	Remarque	Avantages/Inconvénients
Médicamenteuse (misoprostol, mifépristone)	La sensibilité de la musculature utérine au misoprostol augmente progressivement avec l'âge de la grossesse → le risque de saignement augmente après 9 semaines	<i>Avantages</i> : non invasif, pas d'anesthésie, moins douloureux <i>Inconvénient</i> : saignements, crampes, nausées, incertitude sur le succès du traitement, visites de suivi
Aspiration manuelle par le vide (AMV)	Est également le traitement de choix pour les avortements spontanés incomplets	<i>Avantages</i> : plus rapide, résultat plus sûr, anesthésie régionale <i>Inconvénients</i> : invasif
Dilatation et curetage	Seulement si les autres méthodes ne sont pas utilisables	<i>Avantages</i> : plus rapide, résultat plus sûr <i>Inconvénients</i> : invasif, anesthésie générale, recours à un chirurgien /obstétricien qualifié, risque de perforation utérine ou cervicale, risque d'infection

### Conseils et suivi

- Expliquer les options et méthodes d'IVG (ce à quoi il faut s'attendre, les effets indésirables, etc.).<sup>11</sup>
- Conseiller à la patiente d'utiliser un préservatif avec tous ses partenaires pendant une période de 6 mois (ou jusqu'à ce que le statut IST/VIH soit déterminé).
- Dans tous les cas, discuter et proposer une contraception<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> Orienter des patientes vers un autre praticien implique, pour MSF, d'avoir validé ce praticien et d'assurer l'accès aux soins (y compris de couvrir les coûts) et le suivi des patientes.

<sup>10</sup> A un âge gestationnel plus avancé, l'IVG ne peut être envisagée que dans des cas exceptionnels et les conditions de réalisation et méthodes diffèrent.

<sup>11</sup> Interruption de grossesse, février 2008.

<sup>12</sup> Un DIU peut être inséré immédiatement après un avortement médicamenteux ou une AMV.

## Fiche 6 : Prévention du tétanos

---

Les patients doivent être vaccinés contre le tétanos à moins d'être certain qu'ils ont reçu une vaccination antitétanique complète.

### Indications

Le protocole dépend du risque et du statut vaccinal avant l'exposition :

- **Vaccin antitétanique** : toute personne présentant des lésions au niveau de la peau ou des muqueuses, en fonction du statut vaccinal antérieur.
- **Immunoglobuline antitétanique (IGAT)** : en cas de plaie(s) souillée(s) exposant à un risque élevé de tétanos, sauf si le patient a reçu une vaccination antitétanique complète. Administrer l'IGAT si les patients ne sont pas vaccinés ou si la vaccination est incomplète ou si leur statut vaccinal est inconnu, en même temps que le vaccin antitétanique.

### Posologie et calendrier vaccinal

#### Vaccin antitétanique :

Enfant et adulte<sup>13</sup> : 0,5 ml/injection IM

Les deux premières doses (à Jour 0 et Jour 30) sont prioritaires car elles protègent d'une infection consécutives à l'agression. La protection est toutefois de courte durée si le patient ne reçoit que deux doses.

Le patient doit être dirigé vers la structure de santé où le vaccin antitétanique est régulièrement administré afin de recevoir les doses complémentaires (VAT3, VAT4 et VAT5).

Schéma vaccinal pour le vaccin antitétanique (enfants et adultes)			
Posologie	Calendrier	Efficacité de la protection	Durée de la protection
VAT1	Jour 0	0%	Aucune
VAT 2	Jour 30 ( $\geq$ 28 jours après VAT1)	80%	De 1 à 3 ans
VAT 3	6 mois après VAT2	95%	5 ans
VAT 4	1 an après VAT3	99%	10 ans
VAT 5	1 an après VAT 4	99%	10 ans

---

<sup>13</sup> Les enfants  $\leq$  6 ans ayant reçu le vaccin DTP-Hib-HepB sont vaccinés contre le tétanos avec le vaccin pentavalent.

## IGAT

Enfant et adulte : 250 unités internationales (UI) dans 1 ml en IM dans le muscle deltoïde ou la région glutéale (fesse). Si plus de 24 heures se sont écoulées depuis la blessure, administrer 500 UI. Si le VAT et l'IGAT sont administrés au même moment, des aiguilles, seringues et site d'injection différents doivent être utilisés.

Schéma vaccinal pour le VAT et l'IGAT				
RISQUE	Vaccination complète (≥ 3 doses)			Vaccination incomplète (< 3 doses) ou pas de vaccination ou statut vaccinal inconnu
	Temps écoulé depuis la dernière dose administrée :			
	< 5 ans	5-10 ans	> 10 ans	
Plaies propres, mineures	Aucun	Aucun	VAT : une dose de rappel	Débuter* ou terminer la VAT
Plaies sales, majeures (blessures profondes, perte de substance importante, corps étrangers, nécrose)	Aucun	VAT : une dose de rappel	VAT : une dose de rappel	Débuter* ou terminer la VAT ET administrer IGAT

\*Au moins 2 doses administrées à 4 semaines d'intervalle. Pour une immunité à long terme, administrer 3 doses supplémentaires

### Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas d'antécédent d'allergie au vaccin ou à l'immunoglobuline.
- Peut provoquer une réaction locale mineure et rare : rougeur et douleur au point d'injection.
- Pas de contre-indication chez la femme enceinte et allaitante.
- Pas de contre-indication en cas d'infection VIH symptomatique ou asymptomatique.

### Conservation

- Au réfrigérateur entre 2 et 8°C (ne jamais congeler).
- Après l'ouverture, le flacon (avec bouchon en caoutchouc) de 10 doses de vaccin peut être conservé pendant 4 semaines<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> WHO Policy Statement: The use of opened multi-dose vials of vaccine in subsequent immunization sessions (2000). [https://www.spc.int/phs/pphsn/Outbreak/Vaccine\\_Management/WHO-Multi\\_Dose\\_Vial\\_Policy.pdf](https://www.spc.int/phs/pphsn/Outbreak/Vaccine_Management/WHO-Multi_Dose_Vial_Policy.pdf)



## Fiche 7 : Prévention de l'hépatite B

---

La transmission de l'hépatite B est considérablement plus élevée que celle du VIH. Le vaccin contre l'hépatite B doit être proposé à tout patient, préférablement dans les 24 heures, mais également jusqu'à 6 mois après l'agression.

Pour les adultes de plus de 40 ans en bonne santé, le vaccin contre l'hépatite B induit une réponse en anticorps protecteurs dans environ 30 à 55% des cas après la première dose, dans 75% des cas après la seconde dose et dans plus de 90% des cas après la troisième dose. Plus le patient avance en âge, plus la réponse vaccinale est faible (réponse en anticorps protecteurs chez 75% des patients de 60 ans). La première série de vaccins (3 doses) peut protéger pendant plus de 20 ans, une dose de rappel n'est actuellement pas recommandée.

La dose recommandée varie selon le fabricant, l'âge du patient et l'état immunitaire. La connaissance du statut immunitaire du patient n'est pas un prérequis pour commencer la vaccination pour l'hépatite B. Le test de l'hépatite B n'est pas une priorité mais il est à envisager dans certains contextes, p.ex., urbain.

### Posologie et calendrier vaccinal

20 µg chez l'adulte ; 10 µg chez l'enfant<sup>15,16</sup>.

Pour les personnes infectées par le VIH, une double dose (40 µg) est requise afin d'obtenir une bonne protection.

Le vaccin est administré par injection IM au niveau de la région antéro-latérale de la cuisse (enfants < 2 ans) ou dans le muscle deltoïde (adultes et enfants plus âgés). L'administration dans la fesse n'est pas recommandée car la réaction immunitaire est insuffisante.

Le vaccin n'interfère pas avec la réponse immunitaire à d'autres vaccins et peut être administré avec d'autres vaccins. Il peut être administré en même temps que le vaccin antitétanique mais il ne faut pas mélanger les deux vaccins dans une même seringue et il faut administrer les deux produits dans des sites différents.

Le calendrier ci-dessous permet une immunité protectrice précoce qui peut durer un an. Pour une protection à vie, le rappel à un an doit être réalisé.

---

<sup>15</sup> Pour le vaccin contre l'hépatite B, un patient est considéré comme un enfant lorsque il/elle a moins de 10 ans. Cependant, consulter la notice du fabricant pour confirmer cette information car il existe des variations entre les fabricants.

<sup>16</sup> Les enfants ≤ 6 ans ayant reçu le vaccin DTP-Hib-HepB sont vaccinés contre le tétanos avec le vaccin pentavalent.

Schéma vaccinal pour le vaccin anti-hépatite B (enfants et adultes)	
HBs1	Jour 0
HBs2	Jour 7 (≥ 7 jours après HBs1)
HBs3	Jour 28 (≥ 14 jours après HBs2)
HBs4	12 mois après HBs3

### Contre-indications, effets indésirables, précautions

- Ne pas administrer en cas d'antécédent d'allergie à l'un des composants du vaccin.
- Peut provoquer :
  - Réactions locales mineures ou systémiques : douleur ou rougeur au point d'injection, fièvre, céphalées, myalgie.
  - Très rarement : réaction anaphylactique, réaction du type maladie sérique, lymphadénopathie, neuropathie périphérique.
- Évaluer le bénéfice/risque en cas de sclérose en plaques avérée.
- Pas de contre-indication chez la femme enceinte ou allaitante.
- Pas de contre-indication en cas d'infection VIH symptomatique ou asymptomatique.

### Conservation

- Au réfrigérateur entre 2 et 8°C (ne jamais congeler).
- Après l'ouverture, le flacon (avec bouchon en caoutchouc) de 10 doses de vaccin peut être conservé pendant 4 semaines<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> WHO Policy Statement: The use of opened multi-dose vials of vaccine in subsequent immunization sessions (2000). [https://www.spc.int/phs/pphsn/Outbreak/Vaccine\\_Management/WHO-Multi\\_Dose\\_Vial\\_Policy.pdf](https://www.spc.int/phs/pphsn/Outbreak/Vaccine_Management/WHO-Multi_Dose_Vial_Policy.pdf)

## Fiche 8 : Traitement des plaies

---

Les blessures, coupures et ecchymoses sont fréquentes lors des agressions sexuelles. S'assurer du **consentement du patient**<sup>18</sup> avant de procéder à un examen physique (comprenant un examen vaginal, anal, des seins). Pour les mineurs, le représentant légal peut (et doit) donner son consentement mais les enfants ne peuvent être examinés contre leur gré, leur consentement est également nécessaire et doit être enregistré dans le dossier médical.

### 8.1 Situation menaçant le pronostic vital

- En cas d'hémorragie sévère (y compris génitale ou rectale) après un viol, stabiliser le patient (afin d'éviter/corriger un choc hypovolémique) et si nécessaire, transfuser.
- En cas de plaie majeure génitale, rectale ou buccale, selon le lieu de prise en charge, un examen sous anesthésie (kétamine) peut être entrepris rapidement afin d'arrêter le saignement et d'appliquer un pansement compressif au niveau du vagin et/ou rectum.
- Si le saignement persiste (après cette étape ou s'il n'est pas possible de réaliser l'examen sous anesthésie), les dommages sont très probablement importants. Une fois stabilisé, le patient doit immédiatement subir une intervention chirurgicale (celui-ci doit être accompagné de membres de la famille susceptibles de donner leur sang si une transfusion s'avérait nécessaire, selon le contexte).

### 8.2 Soins généraux des plaies<sup>19</sup>

L'objectif du traitement des plaies est d'assurer une guérison rapide et d'éviter toute infection, complication et séquelles. Traiter les plaies selon les principes généraux des soins chirurgicaux :

- Nettoyer les coupures, déchirures et abrasions, retirer les corps étrangers, les selles et tissus morts ou endommagés.
- Nettoyer les plaies avec du chlorure de sodium à 0,9 % en allant du plus propre vers le plus sale.
- Déterminer si les plaies doivent être suturées.
  - Les plaies propres doivent être suturées dans les premières 6 heures (premières 24 heures si plaie de visage, cuir chevelu, mains et membre supérieur) après cette période, la cicatrisation sera obtenue sans suture (cicatrisation dirigée) ou suture retardée
  - Ne pas suturer de plaies sales.
- Pour plus d'informations, se référer au *Guide clinique et thérapeutique MSF*.
- Renouveler les pansements *tous les 3 jours*. Les pansements sont renouvelés plus souvent sur *indication* uniquement (douleur accrue ou rougeur autour de la plaie, plaie malodorante ou suintante).
- N'administrer d'antibiotiques qu'en cas d'indication claire.
- Administrer des antalgiques *de façon régulière* et si nécessaire des antalgiques supplémentaires *à la demande*.
- Administrer le vaccin antitétanique (Fiche 6).

---

<sup>18</sup> Le consentement du patient est noté dans le dossier médical (case à cocher ou déclaration signée).

<sup>19</sup> Assurer un traitement de la douleur lors de l'examen physique, en particulier chez les enfants.

## 8.3 Plaies vaginales

### Plaies superficielles et non pénétrantes

Suivre les principes énoncés ci-dessus. Le vagin est vascularisé, si un débridement est indispensable, le réaliser très prudemment. Les plaies superficielles guérissent habituellement spontanément, sans traitement local.

### Plaies profondes

Irriguer abondamment avec du chlorure de sodium à 0,9%.

### Fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale

Ces blessures graves sont consécutives à des viols violents ou à l'insertion brutale d'objets dans le vagin entraînant à une fistule-vésico (utéro)-vaginale (FVV) ou recto-vaginale (FRV) ou les deux à la fois.

En l'absence de spécialiste spécifiquement formé à la chirurgie des fistules, des équipes de terrain *sans expérience* des fistules mais ayant des compétences élémentaires en chirurgie peuvent prendre des mesures simples afin d'aider *certaines patientes* en cas de fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales traumatiques non compliqués.

Ces mesures sont :

- Insertion une sonde à demeure afin de patienter jusqu'à ce qu'un spécialiste soit disponible (centre de référence ou équipe MSF spécialisée dans la prise en charge des fistules), tant que la fistule semble diminuer de diamètre. Suivre l'évolution toutes les semaines. En pratique, la fermeture doit être obtenue en 4 à 6 semaines maximum, sinon, une chirurgie est nécessaire.
- Si présente(s), traitement d'une anémie, d'une infection concomitante et d'une malnutrition qui empêcheraient la cicatrisation spontanée de la fistule.
- Boire 4 à 6 litres par jour. L'urine doit être incolore et inodore.
- Mobilisation *quel que soit* le type de fistule afin de faciliter l'évacuation de l'urine et des selles.
- Pas d'antibiothérapie systématique mais uniquement en cas d'indication précise, p.ex., septicémie ou immunodépression.
- Si possible, débrider sous anesthésie générale, en respectant les principes généraux relatifs aux soins des plaies ; prendre en compte le fait que les manœuvres intra-vaginales sont délicates, en particulier chez les victimes d'agressions sexuelles.

## 8.4 Plaies ano-rectales

### Plaies superficielles et lacérations

Nettoyer avec du chlorure de sodium 0,9%. Administrer des antalgiques. Ne pas administrer d'antibiothérapie.

### Plaies profondes avec lésion du sphincter anal

Ces plaies sont plus difficiles à évaluer. En cas de lésion suspectée ou avérée du sphincter anal, transférer rapidement vers une structure chirurgicale. Nettoyer les plaies, administrer des antalgiques, ne pas administrer d'antibiothérapie.

**Perforations du rectum**

Les perforations du rectum peuvent mettre en danger la vie du patient (risque d'abdomen aigu septique). Référer en urgence après stabilisation (remplissage vasculaire IV) et antibiothérapie (amoxicilline/acide clavulanique + métronidazole + gentamicine).

Les lésions anales et rectales sont difficiles à évaluer par un personnel non spécialisé en chirurgie, même sous anesthésie. En cas de doute, il est toujours préférable de référer les patients.

**8.5 Plaies buccales****Plaies superficielles et lacérations**

Nettoyer avec du chlorure de sodium à 0,9 %.

**Plaies profondes**

Ces blessures peuvent être suturées avec du fil résorbable.  
Administer une antibiothérapie.