

MINISTERE DE LA
SANTÉ PUBLIQUE

MINISTERE DE LA POPULATION
ET DES AFFAIRES SOCIALES



SYSTEME DES NATIONS
MADAGASCAR

GUIDE PRATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE

MAI 2012

PREFACE

La violence sexuelle, y compris le viol, est un problème présent dans le monde entier au sein de chaque société, pays et région.

A Madagascar, la violence sexuelle, à l'égard des femmes et même chez les hommes et à tout âge est devenu un réel problème de santé publique.

Malgré cette gravité, les formations sanitaires, publiques ou privées ne disposent pas de guide spécifique pour la prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles.

Le guide de prise en charge des victimes de violences sexuelles est le fruit du travail de deux consultants (médecin de santé publique et médecin clinicien). Il souligne les différentes étapes de la prise en charge des victimes de violences sexuelles en commençant par l'accueil et l'information de la victime sur le circuit vers les autres services de prise en charge. Il rappelle aussi l'anatomie du corps humain (sex féminin et sex masculin) pour mieux comprendre les types de lésion, les droits en santé de reproduction, les lois et textes législatifs ainsi que quelques notions sur la violence sexuelle.

En plus, ce guide donne les formes de rédaction de certificat médical (chez l'enfant et chez l'adulte) et d'expertise médico-légale.

J'exhorte tous les agents de santé à consulter cet ouvrage et à appliquer les directives qui y sont développées afin de réduire les complications et les séquelles liées à la violence sexuelle, et garantir ainsi la sécurité des victimes.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Dr NDAHIMANANJARA Johanita

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	4
I. INTRODUCTION.....	5
OBJECTIFS DU GUIDE	7
CONTENU DU GUIDE.....	8
II. PRISE EN CHARGE MEDICALE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE.....	9
II.1. LES DIFFERENTES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	10
II.1.1. RESUME DES ACTES SELON LE NIVEAU DES CENTRES DE SANTE	11
II.1.2. ACCUEIL ET INFORMATION DE LA VICTIME	17
II.1.3. LES ETAPES DE L'EXAMEN CLINIQUE.....	21
II.1.4. PLANIFICATION DU SUIVI DE LA VICTIME	37
II.2. REDACTION D'UN CERTIFICAT MEDICAL OU D'UN RAPPORT D'EXPERTISE MEDICO-LEGALE.....	38
II.3. SIGNALEMENT AUX AUTORITES COMPETENTES.....	46
III. ORGANISATION ET RESSOURCES REQUISES POUR L'ASSISTANCE MEDICALE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE DANS UNE STRUCTURE SANITAIRE.....	47
V. CONCLUSION.....	50
VI. ANNEXES	52
VI.1. ANNEXE 1. FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE TYPE et PICTOGRAMME	53
VI.2. ANNEXE 2 : PREVENTION DE LA VIOLENCE SEXUELLE	57
VI.3. ANNEXE 3 : RAPPEL ANATOMIQUE	58
VI.3.1. ORIENTATION ANATOMIQUE	58
VI.3.2. LE SEXE FEMININ.....	59
VI.3.3. LE SEXE MASCULIN.....	62
VI.3.4. L'ANUS	63
VI.4. ANNEXE 4 : LES DROITS EN SANTE DE LA REPRODUCTION.....	64
VI.5. ANNEXE 5 : NOTIONS SUR LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE	65
VI.6. ANNEXE 6 : LES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES A MADAGASCAR	71
VI.7. ANNEXE 7 : LES INTRANTS MEDICAUX.....	80
VI.8. ANNEXE 8 : LISTE DES MEDECINS REFERENTS VIH (2012).....	83
BIBLIOGRAPHIE	87

ACRONYMES

ASE	: Abus Sexuel d’Enfants (Child Sexual Abuse)
cc	: Centimètre Cube
CECJ	: Centre d’Ecoute et de Conseil Juridique
CEDEF	: Convention sur l’Elimination de toutes Formes de Discriminations à l’Egard de la Femme
CEDAW	: Convention on the Elimination of Discrimination Against Women
CIDE	: Convention Internationale des Droits de l’Enfant
CM	: Certificat Médical
cm	: Centimètre
DPMPM	: Division de la Police des Mœurs et de la Protection des Mineurs
ESP	: Etat de Stress Post-traumatique
FJPA	: Frais de Justice Pénale et Assimilés
HCR	: Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HUGOB	: Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana
IPP	: Incapacité Partielle Permanente
IRC	: International Rescue Committee
ITT	: Incapacité Temporaire de Travail
mm	: Millimètre
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OPJ	: Officier de Police Judiciaire
OSPJ	: Officier Supérieur de Police judiciaire
PMPM	: Police des Mœurs et de la Protection des Mineurs
PPE	: Prophylaxie Post-Exposition [Post-Exposure Prophylaxis (PEP)]
REML	: Rapport d’Expertise Médico-Légale
SADC	: Southern African Development Community
SAT	: Sérum Anti-Tétanique
SCPMPM	: Service Central de la Police des Mœurs et de la Protection des Mineurs
SIDA	: Syndrome d’Immunodéficience acquise
SPDTS	: Syndicat des Professionnels Diplômés en Travail Social
<i>Réseau</i> TAIZA	: Tambazotra Iarovana ny Zon’ny Ankizy eto Antananarivo
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
VAT	: Vaccin AntiTétanique
VBG	: Violence Basée sur le Genre
VIH	: Virus de l’Immunodéficience Humaine
VS	: Violence Sexuelle
βHCG	: Hormone Chorionique Gonadotrophique, type Bêta

I. INTRODUCTION

Les traumatismes et la violence pèsent sur la santé en termes de morbidité et de mortalité. Dans le monde, ils sont responsables de 10% de la mortalité et 16% de l'incapacité et leurs fréquences ne cessent d'augmenter. Ce problème affecte essentiellement les pays pauvres [1].

Pour atteindre les objectifs 4 et 5 des OMD qui sont de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé maternelle, Madagascar encourage tout programme destiné à cet effet. Une Politique Nationale de la Santé optant pour la protection de la santé de la mère et des enfants a été mise en place depuis quelques années.

A Madagascar, les formes de violence basée sur le Genre les plus courantes sont la violence conjugale, la violence sexuelle comme le viol envers les fillettes et les femmes, le harcèlement sexuel et le proxénétisme [2].

L'Enquête démographique et Sanitaire de 2008-2009 (EDSMD IV) montre que 32% des femmes de 15 à 49 ans pensent que l'homme a le droit de battre sa femme ou sa partenaire. Cette opinion est plus répandue chez les femmes les plus jeunes de 15 à 19 ans (35%) que chez celles ayant 20 à 24 ans (34%) et celles âgées de 45 à 49 ans (28%).

D'après les données recueillies auprès de la Division de la Police des Mœurs et de la Protection des Mineurs (DPMPM), l'exploitation sexuelle des mineurs touche en majorité les filles. En 2006, sur 344 cas traités par la DPMPM, 174, soit plus de la moitié des cas, ont concerné des délits relatifs à la sexualité des enfants [2].

Ces chiffres interpellent que la violence basée sur le Genre à Madagascar ne doit plus être traitée comme des faits divers dans les médias mais comme un non-respect des droits humains et un véritable problème de santé publique.

La prise en charge médicale rencontre cependant des difficultés dans la mesure où aucun protocole ou guide spécifique n'est disponible pour assurer, ni les soins adéquats, ni la référence vers les autres services de prise en charge, ni l'élaboration du rapport d'expertise médico-légale.

Le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec le Ministère de la Population et des Affaires Sociales se sont engagés à développer ce guide spécifique pour garantir des soins adéquats et une prise en charge médicale efficace aux victimes de violence sexuelle.

Ce guide met l'accent sur le respect des droits de la victime, entre autres le droit de recevoir des services de santé de qualité, services qui ne devraient pas leur nuire ni les « victimiser » à nouveau. Dans cette prise en charge, les droits au respect de la vie privée et à la confidentialité ainsi que le droit à une information médicale complète sont des obligations que tout prestataire de santé se doit de respecter.

Les conséquences de l'agression sexuelle sur la victime pouvant être multiples et dramatiques [3], la prise en charge doit intégrer une conduite pluridisciplinaire détaillée et si besoin,

pérenne, incluant toutes les entités concernées, entre autres les prestataires de santé, les intervenants sociaux, les agents communautaires, les OPJ et le Tribunal.

Les prestataires de santé de par leurs professions ont l'obligation de venir en aide à une victime avec ou sans la commission d'une autorité judiciaire. Le refus de déférer à une réquisition à personne qualifiée est passible de sanction judiciaire [4]. Cependant, leur part de responsabilité ne se limite pas à la prise en charge médicale et au suivi, ils doivent contribuer activement à la prévention des violences sexuelles de par la connaissance particulière de leurs graves conséquences physiques et mentales.

OBJECTIFS DU GUIDE

Ce Guide est destiné aux prestataires de santé (médecin, sage-femme, infirmier) en exercice dans le territoire malagasy qu'ils soient dans la fonction publique ou dans l'exercice libéral.

Cinq objectifs sont considérés afin d'optimiser la prise en charge médicale [5]:

1. Assurer une prise en charge de qualité des victimes de violence sexuelle,
2. Identifier les motifs et le moment de référence de la victime,
3. Faciliter la prise en charge juridique,
4. Connaître les lois et les textes législatifs en vigueur à Madagascar, et
5. Contribuer efficacement aux activités multisectorielles et pluridisciplinaires de lutte contre les violences basées sur le genre.

Ce sera donc un outil technique de référence que tout prestataire de santé, où qu'il soit, pourra utiliser au bénéfice des victimes.

CONTENU DU GUIDE

Ce Guide relate les normes et les standards requis pour assurer efficacement la prise en charge médicale des victimes de violence sexuelle.

Par ailleurs, il facilite et explique la référence vers les autres entités de PEC des victimes (travailleurs psychosociaux, OPJ, ...)

Dans le souci de faciliter sa lecture et son utilisation, le plan de ce guide est comme suit :

- La prise en charge médicale des victimes de violence sexuelle comprenant :
 - Les étapes de la prise en charge médicale par niveau de Formation Sanitaire présentées sous forme de tableaux expliquant succinctement les différentes étapes à franchir obligatoirement lorsqu'on est devant une victime de violence sexuelle
 - Les détails de la prise en charge médicale où chaque étape est explicitée successivement et où toutes les étapes sont systématiques et obligatoires, à suivre par tout prestataire de santé prenant en charge les victimes, selon la disponibilité des ressources
- La présentation de l'organisation et des ressources requises pour l'assistance médicale optimale des victimes de violence sexuelle dans une structure sanitaire

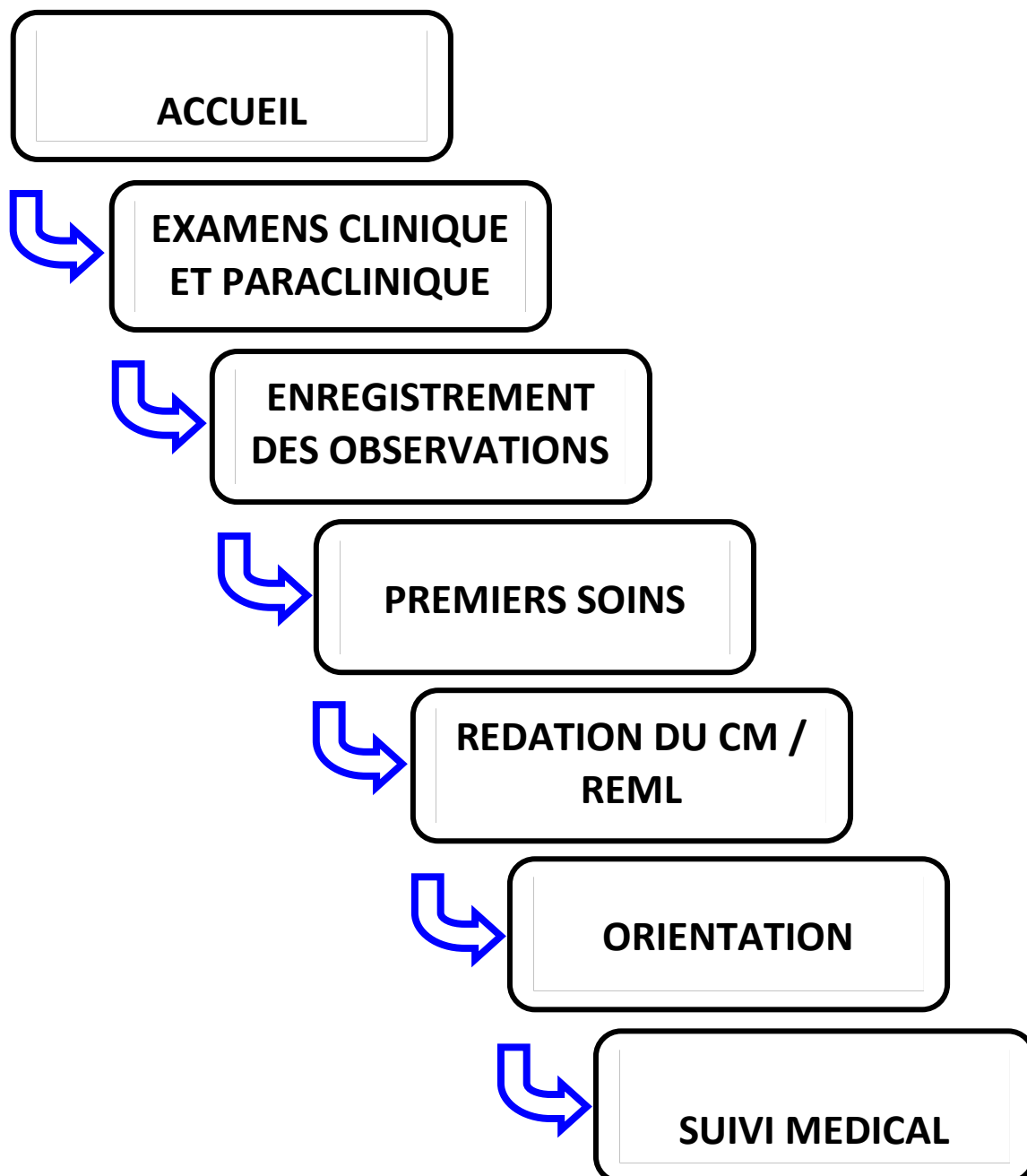
Les thèmes suivants sont développés en annexe :

- Le rappel anatomique
- La terminologie sur les violences basées sur le genre
- Les Cadres juridiques et lois en vigueur à Madagascar

II. PRISE EN CHARGE MEDICALE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE

II.1. LES DIFFERENTES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

Schéma :



II.1.1. RESUME DES ACTES SELON LE NIVEAU DES CENTRES DE SANTE

La victime de violence sexuelle arrive dans la formation sanitaire [5] :

- soit référée par un OPJ ou OSPJ (Officier Supérieur de Police judiciaire), munie de la lettre de réquisition à personne qualifiée,
- soit spontanément, souvent accompagnée d'un membre de sa famille ou d'un proche entourage.
- soit à la suite du conseil d'un agent communautaire ou d'un travailleur social,

Nous présentons trois niveaux de prise en charge : le niveau d'un CSB1, le niveau d'un CSB2 et le niveau d'un Hôpital.

Les étapes de la prise en charge sont systématiques et obligatoires, selon la disponibilité des ressources [5, 6].

Les professionnels de santé inscrits au tableau de leur ordre respectif sont autorisés à exercer sur le territoire malagasy.

Tous les médecins inscrits au tableau de l'ONM sont habilités à établir un CM ou un REML.

NIVEAUX	CODE COULEUR
Niveau d'un CSB1, public ou privé	
Niveau d'un CSB2, public ou privé	
Niveau d'un Centre hospitalier (CHD, CHRR, CHU), public ou privé	

PRESTATIONS - PROTOCOLE PAR NIVEAU

1. Mener l'interrogatoire

Niveau d'un CSB1	- Donner les informations sur le déroulement de la prise en charge médicale [5] - Demander à la victime de rédiger une lettre de consentement - Remplir une fiche individuelle de prise en charge - Remarque : Les victimes de sexe masculin doivent être adressées dans un service de chirurgie et NON dans un service de maternité.
Niveau d'un CSB2	- idem
Niveau d'un Centre hospitalier	- idem

2. Réaliser un examen physique (avec l'accord de la victime)

Niveau d'un CSB1	- Examen général à la recherche de lésions traumatiques - Examen génital - Examen anal
Niveau d'un CSB2	- idem
Niveau d'un Centre hospitalier	- idem

3. Enregistrer les observations

Niveau d'un CSB1	En cas d'agression très récente, avant que la victime ait fait une toilette intime : - Recueil des vêtements de la victime dans un sac en plastique. Si absence de sac, décrire dans le CM l'état de ces vêtements - Prélèvement de sperme à l'aide d'écouvillons (4 prélèvements par site), à conserver au réfrigérateur et à envoyer dans un laboratoire de biologie ou à étaler directement sur lame porte-objets - La présence de corps étrangers (terre, feuille, herbe) sur les vêtements, le corps ou dans les cheveux peut confirmer le récit de la victime. Conserver à sec dans un sac en plastique. - La prise de photos, obtenues après accord de la victime (et/ou d'un parent si victime mineure) peut constituer des preuves en faveur de l'agression.
Niveau d'un CSB2	- idem
Niveau d'un Centre hospitalier	- idem

4. Effectuer des tests ou prescrire des examens paracliniques		
Niveau d'un CSB1	- Test syphilis - Test VIH après consentement éclairé - Test Hépatite B - Test de grossesse	Si test syphilis positif, traiter suivant le protocole national Si test VIH positif, référer à un médecin CSB2 Si test Hépatite B positif, référer à un médecin CSB2 Si test de grossesse positif, référer à un médecin CSB2 (essayer de situer la date de son début)
Niveau d'un CSB2	- Test syphilis - Test VIH après consentement éclairé - Test Hépatite B - Test de grossesse - Echographie ou autres investigations si besoin	Si test syphilis positif, traiter suivant le protocole national Si test VIH positif, référer à un médecin référent du VIH Si test Hépatite B positif, référer à un hépato-gastro-entérologue Si test de grossesse positif, dater son début. Si la grossesse est la conséquence du viol, décider de la suite avec les autorités judiciaires lors du procès Mentionner les résultats des examens paracliniques dans le rapport
Niveau d'un Centre hospitalier	- Sérologie syphilis (TPHA-VDRL) - Sérologie Chlamydiae - Sérologie VIH 1 et 2, après consentement éclairé - Sérologies Hépatite B, Hépatite C - Test de grossesse - Prélèvement vaginal + Antibiotogramme - Echographie pelvienne ou autres investigations si besoin	Si sérologie syphilis ou Chlamydiae positive, traiter suivant le protocole national Si sérologie VIH positive, référer à un médecin référent du VIH Si sérologie Hépatite B ou C positive, référer à un hépato-gastro-entérologue Si test de grossesse positif, dater son début. L'échographie confirme et précise l'âge de grossesse. Si la grossesse est la conséquence du viol, décider de la suite avec les autorités judiciaires lors du procès Noter si présence de spermatozoïdes → preuve médico-légale Mentionner les résultats des examens paracliniques dans le rapport

6. Administrer les premiers soins

Niveau d'un CSB1	Si agression ≤ 72h : - Soigner les plaies et blessures corporelles - Contraception d'urgence - Prévention des IST : Antibiothérapie présomptive s'il y a eu pénétration - Si signes cliniques patents (écoulement, ulcération) - Prescrire une prophylaxie post-exposition (PPE) VIH s'il y avait pénétration, et/ou victime présentant des écorchures ou lésions de la peau, viol par voie anale, ou agresseur connu comme étant séropositif ou toxicomane adepte de drogues par injection.	- Parage des plaies, suture et pansement - Antibiotique si besoin : Amoxicilline 2g/jour et/ou métronidazole 1,5g/jour - VAT (sauf si la victime a déjà été totalement vaccinée) + SAT 500UI en sous-cutané si lacérations importantes - En 1^{ère} intention : Levonorgestrel 1,5mg en une dose unique (Norlevo® ou Pil 72® ou Postinor 2®) - A défaut : combinaison de 0,03mg d'Ethinylestradiol + 0,15mg de Levonorgestrel (Microgynon® 4cp en une prise, puis 4cp 12h après) ou 100µg d'éthinylestradiol + 0,5mg de levonorgestrel (Stédiril® 2cp en une prise, puis 2cp 12h après) - Cefixime 200 mg, 2 comprimés en une prise + doxycycline 100mg, 1 comprimé matin et soir pendant 7 jours - Pour les enfants : Erythromycine 50mg/kg/jr pendant 7jr ou Cefixime 8mg/kg en dose unique - Traiter suivant le protocole national de traitement des IST. - Si l'écoulement persiste au bout d'une semaine, référer à un médecin du CSB2. Adapter la posologie pour les enfants. Protocole national de PPE : (si disponible au niveau du CSB1) AZT3TC + Lopinavir / Ritonavir pendant 1mois
------------------	--	---

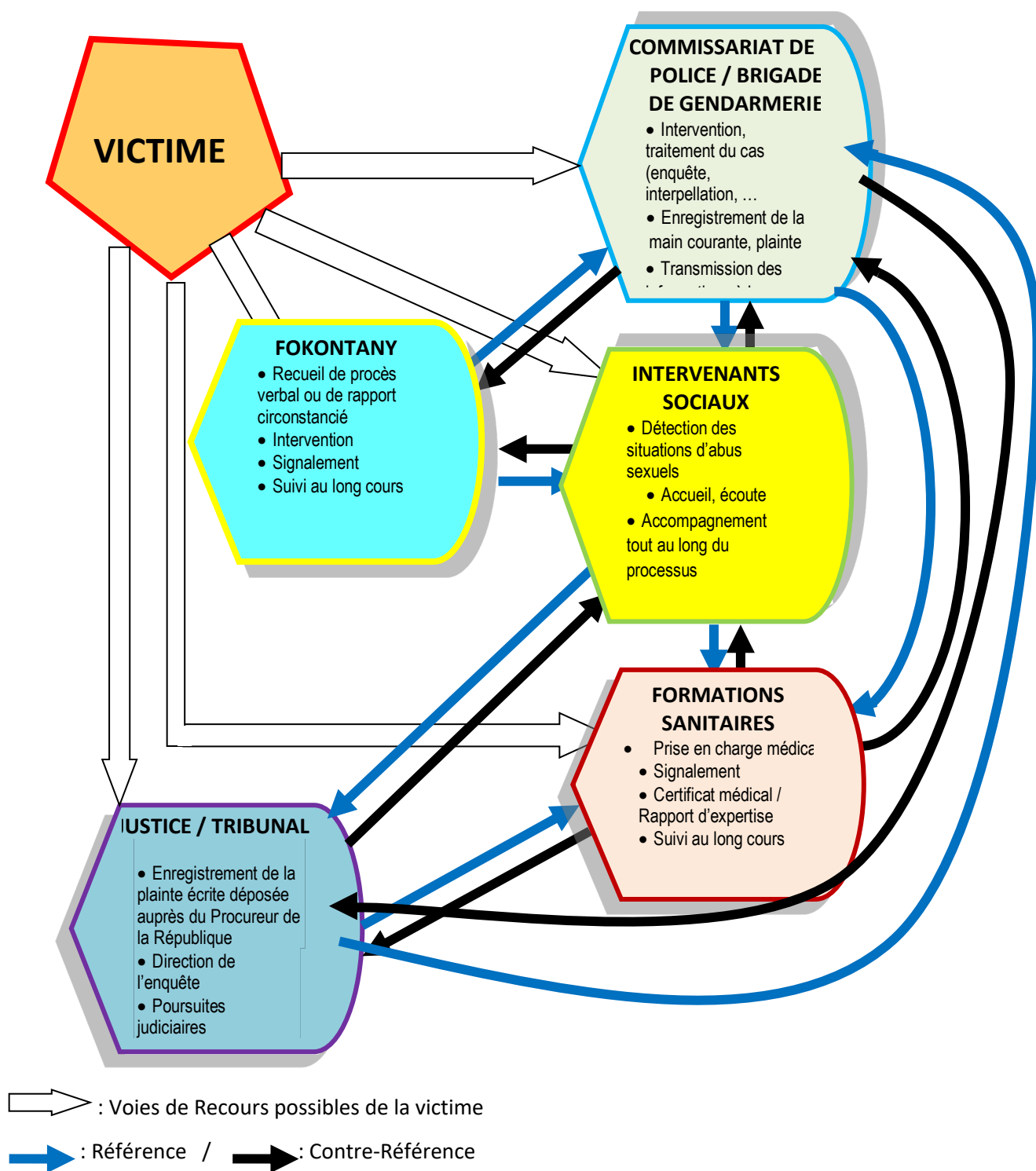
	- Aide psychologique : Si victime très anxieuse mais dont l'état physique est stable - Si complication ou aggravation (exemple : menace de suicide)	Prescrire 1cp de 5 ou 10mg de benzodiazépine (Diazepam®), à prendre avant de se coucher pendant une durée maximale de 3 jours Référer la victime dans un hôpital
	Si agression > 72h - Soigner les plaies et blessures corporelles - Contraception d'urgence - Suivre l'algorithme de la prise en charge des IST selon l'approche syndromique s'il y a des signes d'IST - Aide psychologique	Idem agression ≤ 72h Si agression ≤ 5 jours, pilule contraceptive d'urgence Si agression > 5 jours et < 10 jours, poser un DIU en cuivre (TCu 380). Idem agression ≤ 72h
Niveau d'un CSB2		Idem sauf en cas de signes cliniques patents d'IST : Traiter suivant le protocole national de traitement des IST. Adapter la posologie pour les enfants. Si l'écoulement persiste au bout d'une semaine, adresser à un laboratoire pour un prélèvement vaginal (+ AntibioGramme)
Niveau d'un Centre hospitalier		Idem sauf en cas de signes cliniques patents d'IST : Traitement présomptif suivant le protocole national de traitement des IST, en attendant le résultat du prélèvement vaginal. Adapter la posologie pour les enfants.
7. Rédiger un CM / REML		
Niveau d'un CSB1	Rédiger un certificat médical de première constatation : page 37	
Niveau d'un CSB2	Rédiger le certificat médical ou le Rapport d'Expertise Médico-Légale : page 37 Insérer les résultats des analyses suivant la demande de l'OPJ	
Niveau d'un Centre hospitalier	Idem	

8. Rédiger une lettre de référence de la victime dans un service de prise en charge psychosociale pour l'accompagnement psychosocial et juridique	
Niveau d'un CSB1	Donner au préalable à la victime une brochure d'assistance post-viol Offrir un soutien psychologique
Niveau d'un CSB2	idem
Niveau d'un Centre hospitalier	Si une assistante sociale est présente au sein de l'hôpital, la victime lui sera adressée pour la prise en charge psychosociale et l'organisation de l'accompagnement juridique. Sinon, rédiger une lettre de référence de la victime dans « un service de PEC psychosociale » et Donner au préalable à la victime une brochure d'assistance post-viol
9. Rédiger un signalement si absence de lettre de réquisition à personne qualifiée	
10. Planifier le suivi médical	
Niveau d'un CSB1	Après 1 semaine, 1 mois puis 3 mois : - Evaluer la possibilité d'une grossesse - Evaluer et traiter une IST - Référer si besoin
Niveau d'un CSB2	Après 1 semaine, 1 mois puis 3 mois : - Evaluer la possibilité d'une grossesse - Evaluer et traiter une IST - Evaluer l'état mental et émotionnel. Prescrire un traitement ou référer à un psychiatre si nécessaire - Proposer les contrôles sérologiques : - à 1 mois : Sérologie VIH - à 3 mois : Bilan sérologique (Chlamydiae, TPHA et VDRL, Hépatites B et C, VIH 1 et 2)
Niveau d'un Centre hospitalier	idem

II.1.2. ACCUEIL ET INFORMATION DE LA VICTIME

CIRCUIT DE LA VICTIME

Ce schéma présente les voies de recours possibles pour la victime et les interrelations entre les différents acteurs.



Quel que soit le mode de venue de la victime dans la formation sanitaire, le principe pour ce préalable est d'éviter de la faire subir une « victimisation secondaire » (aggravation de l'état psychologique d'une victime traumatisée obligée de réciter sa galère quand elle est confrontée à l'incompréhension de l'entourage). L'objectif est que le service médical ne nuise pas. La victime a besoin d'être écoutée et réconfortée. L'entretien doit donc être conduit avec méthode (counseling, une communication orientée vers la solution) [6]. Il faut se présenter, se nommer pour permettre à la victime de restaurer une relation humaine. Cet entretien doit être pratiqué avec patience et respect pour ne pas constituer une nouvelle agression.

1. Au niveau d'un CSB1 ou d'un CSB2 public ou privé :

Accueil direct par le prestataire de santé présent au poste.

- En cas d'impossibilité de réaliser un examen médico-légal dans des conditions de compétence et notamment de matériel suffisant, il est préférable d'orienter la personne vers un centre hospitalier de proximité ou de référence.

2. Au niveau des CHRD, CHRR, CHU, publics ou privés ou dans un centre de santé disposant d'une collaboration avec un CECJ ou une assistante sociale :

- Enregistrement du cas par le secrétaire pour celui muni d'une lettre de réquisition à personne qualifiée
- Accueil par une assistante sociale, pour l'entretien et le soutien psychosocial
- Puis, accueil par le médecin pour la prise en charge médicale

II.1.2.1. ATTITUDE A ADOPTER PAR LE PRESTATAIRE :

- Le prestataire de santé doit reconnaître la situation spéciale dans laquelle se trouve la victime et ainsi adopter une attitude [3, 6] :

- calme,
- neutre,
- empathique et
- attentive

pour :

- éviter le jugement personnel,
- faciliter la compréhension de la victime et de la famille de la raison de leur présence dans la formation sanitaire, de leurs réactions intenses comme l'anxiété, la colère ou la culpabilité.

- faciliter le processus médical qui devrait aboutir aux attentes de la requête de l'OPJ, ou la recherche de preuves juridiques pour l'intérêt de la victime.

Ce qu'il faut faire lors d'un accueil [3, 6] :

- Reconnaître que la victime a subi un traumatisme réel et ainsi lui laisser exprimer son effroi et son bouleversement.
- Parler d'un ton qui permet la mise en confiance de la victime, (évitant la peur pour les enfants)
- Aider la victime à reprendre confiance dans son propre jugement et lui rappeler qu'elle sait ce dont elle a besoin : sur quel ami ou proche peut-elle compter pour la soutenir ?
- Verbaliser la contrainte qu'elle a subie pour l'aider à comprendre ses réactions.
- Permettre à l'entourage de la victime d'exprimer pour son propre compte, sa souffrance, sa colère et son désarroi. La prise en charge de l'entourage permettra aussi de soulager la victime qui vit parfois douloureusement les effets de son agression sur ses proches.
- Rappeler la loi : possibilité pour la victime de porter plainte, de se faire aider dans ses démarches par une association d'aide aux victimes ou un avocat.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- Parler d'interrogatoire, mais parler plutôt de consultation ou d'entretien [7].
- Dire « se faire violer » mais plutôt « être violé ou agressé ».
- Mettre en doute ou corriger la parole de la victime. L'écoute dubitative constitue une nouvelle agression morale. Croire ce que l'autre vous dit, c'est reconnaître son existence.
- Conseiller l'oubli.
- Chercher à dédramatiser et banaliser.

Pour un(e) mineur(e), il faut exiger la présence d'une personne majeure pour l'accompagner tout au long de la prise en charge (parent, tuteur, assistante sociale ou personnel médical) dont l'**identité** et le **lien de parenté avec la victime** seront mentionnés dans le certificat médical ou le REML. L'officier de Police judiciaire ou l'agent de police judiciaire ne doit pas faire partie des tiers assistant à la prise en charge médicale de la victime.

II.1.2.2. LES INFORMATIONS A DONNER :

- Informer la victime et son accompagnateur sur le sens de leur présence dans le centre avec explication du travail de l'équipe.
- Informer sur les droits de la victime et présenter le formulaire de consentement à la victime majeure ou à l'accompagnateur et le convaincre pour obtenir sa signature.
- Informer la victime sur le déroulement de l'examen médical en expliquant l'impératif de cet examen (exemple, se déshabiller, ...). **Pour les filles, c'est presque toujours le premier examen gynécologique qu'elle va subir [6].**
- Informer la victime de l'existence d'un accompagnement psychologique à plus ou moins long terme avec les travailleurs sociaux afin de prévenir les séquelles psychologiques. Sinon la nécessité d'une référence à un CECJ ou à un médecin spécialiste (exemple : psychiatre) selon le cas.
- Fournir des informations qui vont permettre à la victime de prendre une décision et avoir un choix éclairé (par exemple, la contraception d'urgence ou l'avortement selon les dispositions légales en vigueur).

II.1.2.1. LES INFORMATIONS A RECHERCHER :

- Vérifier comment la victime évolue depuis la révélation de l'abus sexuel.
A-t-elle porté plainte ? Dans ce cas, la réquisition impose l'exécution de l'examen médical et la rédaction d'un rapport d'expertise médico-légale.
- Différencier l'agression récente de moins de 72 heures qui impose une prise en charge urgente, de l'agression plus ancienne qui permet une évaluation psycho-médico-sociale plus sereine car c'est en dehors du contexte de l'urgence [8].
- Rechercher les capacités de la victime à intégrer et à comprendre le processus dans lequel elle se trouve, le vécu de la culpabilité, les pressions qu'elle peut subir, le ressenti de ce qu'elle a vécu.

II.1.3. LES ETAPES DE L'EXAMEN CLINIQUE

Le prestataire de santé doit faire un examen clinique complet, **noter** tous les éléments retrouvés à l'examen clinique et garder le dossier dans un placard verrouillé pour une éventuelle utilisation à des fins juridiques [3].

- L'examen clinique est réalisé par le prestataire de santé présent au poste.
- La présentation clinique de la victime diffère selon le délai écoulé entre l'agression et l'examen. Ce délai dicte les modalités de prise en charge [8].
 - L'agression est récente, si elle a lieu dans les 72h précédentes, ce qui impose l'examen immédiat pour le recueil des signes d'agression, la réalisation des prélèvements en vue de la constitution du dossier médico-légal et la mise en route des traitements.
 - Si l'agression date de plus de 72h mais moins de 15 jours, il faut examiner la victime dans un délai court pour noter d'éventuelles lésions en cours de cicatrisation (cicatrisation de l'hymen le plus souvent entre 5 et 7 jours), d'autant plus s'il s'agit d'une agression avec pénétration, a fortiori si la victime n'a jamais eu de relation sexuelle auparavant ou si elle présente des signes cliniques. L'examen doit également déceler les symptômes neuro-végétatifs d'une grossesse éventuelle ou l'apparition de signes cliniques d'IST.
 - Au-delà de 15 jours, on parlera d'abus sexuel ancien. L'anamnèse et l'examen doivent être orientés vers la détection des restes (stigmates) des indices qui peuvent prouver l'effectivité de l'agression et les conséquences de la pénétration : cicatrice, complication fonctionnelle, IST, grossesse, ...

- L'examen médical doit être réalisé dans une salle accueillante, bien éclairée, porte verrouillée [8].
- L'exhaustivité du matériel nécessaire pour la consultation doit être contrôlée avant la consultation : gants d'examen au moins 1 paire, spéculum, sonde de Foley (si besoin)... (voir page 46).
- Il faut en premier lieu expliquer les objectifs de l'examen médical qui sont de diagnostiquer et traiter les lésions corporelles et génitales, prévenir et dépister les complications (infection, grossesse), recueillir des éléments de preuve (dimension médico-légale), rassurer la victime, notamment l'adolescente sur son intégrité physique, évaluer ses besoins en particulier psychologiques [5].

- L'examen est fait avec le consentement de la patiente et en présence d'une tierce personne. Une fiche de consentement devrait être signée par la victime (ou par un parent si mineure) avant de débiter l'examen clinique.
- Pour un(e) mineur(e), il faut exiger la présence d'une personne majeure tout au long de l'examen clinique (parent, tuteur, assistante sociale ou agent de santé).
- Si la victime est majeure, sans accompagnant, l'examen clinique doit être réalisé en présence d'un agent de santé du même sexe que la victime dont il faut préciser dans le CM ou le REML l'identité pour, entre autres, attester que le médecin n'a pas nui à l'intéressé pendant l'intervention.
- Le médecin doit écouter la victime avec empathie, sans jugement personnel, reconnaître la personne en tant que Victime et non Malade et examiner avec douceur. Il ne doit pas chercher à dédramatiser et doit éviter la victimisation secondaire [6].
- Une information médicale complète (explication sur l'examen et les prélèvements, risques infectieux, ...) ainsi que les modalités d'accompagnement doivent être délivrées.

L'examen médico-légal d'une victime d'agression sexuelle ne se limite pas à l'examen des organes génitaux. Il doit être systématique et détaillé car il ne s'agit pas pour le médecin de dire qu'il y a agression sexuelle ou non, mais de rechercher et de rassembler les preuves médicales utiles nécessaires au juge pour compléter son dossier d'instruction [8].

II.1.3.1 ANAMNESE

- Noter tout d'abord les **informations générales** [8, 9] :
 - **Nom, date de naissance / âge, sexe, adresse,**
 - **Le poids, la taille, le développement des caractères sexuels secondaires,**
 - La **date, l'heure** et les **personnes présentes** au moment de l'examen
 - **L'attitude et le comportement** de la victime : accablée, excitée, calme, craintive, muette, en pleurs, coopérante ou non, ...
- **S'entretenir calmement avec tact et douceur pour se renseigner sur :**
 - **La patiente** : ses antécédents médico-chirurgicaux, antécédents psychiatriques (fugue, tentative de suicide, échec scolaire), socio-culturels (mode de vie : en famille bi- ou monoparentale, en communauté, vit seul ; niveau de scolarisation ; type d'habitat : appartement, maison, cité), gestité (nombre de grossesses), parité (nombre d'accouchements antérieurs), développement staturo-pondéral (taille, poids), date des premières règles (ménarche), activité sexuelle antérieure, dernier

rapport consentant par rapport à l'agression (avant et après), contraception, utilisation de tampons, date des dernières règles, traitement actuel, tabac, alcool, drogue, changement de vêtements ou toilette intime depuis l'agression [9].

- **L'agresseur** : personne connue ou non, nombre, facteurs de risque (si agresseur connu ; par exemple : toxicomanie, IST)
- **L'agression** : date, délai par rapport au jour de la consultation, unique ou répétée, lieu, état (prise d'alcool, stupéfiants, médicaments), menace, violence corporelle
- **Nature de l'agression** « selon les dires de la victime » [8, 9] :
 - **Viol** : pénétration avec sexe ou autre (préciser lequel et la partie du corps intéressée), avec ou sans préservatifs, éjaculation (préciser où ?)
 - **Tentative de viol** : intention et acte avec violence dirigées vers l'objectif de violer,
 - **Attouchements** : toucher ou palpation ou effleurement ou chatouillement des organes génitaux (seins, vulve, fesses ou pénis)
 - **Sodomie** : pénétration de l'anus avec le pénis ou à l'aide d'un objet servant de phallus
 - **Fellation** : une pratique sexuelle qui consiste, dans l'abus sexuel, à forcer la victime à stimuler le pénis avec la bouche, les lèvres et la langue.
 - Imprécis
- **La symptomatologie** [5]
 - Signes fonctionnels au moment de l'agression : douleur, impotence fonctionnelle partielle ou complète, gêne des mouvements, dysesthésie, perte de connaissance, ...
 - Signes généraux et fonctionnels actuels : douleur, saignement, fièvre (surtout pour un enfant), limitation de mouvement ou déformation de la marche, signes cliniques pouvant évoquer une grossesse débutante (nausées, vomissements, malaise, etc...).
 - Etat dépressif,...

II.1.3.2. L'EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique comporte :

1. La recherche et la description de lésions traumatiques en dehors de la région génitale (bouche, cou, seins, cuisses,...) :

- Type (plaies, écorchures, égratignures, hématomes, morsure, griffure, contusions et ecchymoses)
- Taille (préciser avec une mensuration en mm ou cm)
- Forme, couleur
- Ancienneté
- Contenu : corps étrangers (grains de sable, bout de végétal, cheveu humain, etc...)
- Autres traces de violence (vêtements déchirés, brins de cheveux, débris de verre)
- ➔ Faire un schéma ou un pictogramme voire prendre des photos [8].

2. L'examen génital

- **L'inspection :**
 - Face interne des cuisses
 - Vulve : grandes lèvres, petites lèvres, vestibule
 - Périnée, orifice anal
 - Seins
 - Pilosités
- **La description soigneuse de l'hymen [5, 10] : temps important +++**
 - Différentes techniques d'examen peuvent être utilisées : Ecartement en bas et en arrière des grandes lèvres, un doigt intra rectal et recourbé vers l'avant
 - Préciser sa forme (selon la classification de Simonin et Billard), l'intégrité des bords libres (en dépliant les bords à l'aide d'un coton-tige)
 - Mesurer le diamètre de l'orifice hyménal. A 5 ans, ce diamètre = 5mm, puis augmente d'1 mm/an
 - S'il y a incisure (hymen, vagin, orifice anal), faire un schéma horaire, l'hymen étant décrit en se référant à un cadran d'horloge projeté en position de décubitus dorsal (12h vers le pubis, 6h vers le coccyx)

L'hymen est la frontière médico-légale du viol chez les filles. La défloration au sens médical du terme se définit par la déchirure de l'hymen par pénétration d'un élément de taille suffisante pour entraîner sa rupture [11] (voir en annexe : rappel anatomique).

- **L'utilisation d'une sonde de Foley à ballonnet** peut être envisagée pour examiner un hymen œstrogénisé (pubère) mais c'est un geste intrusif comportant des risques (physiques et psychologiques) ne devant être réalisé que par un médecin expérimenté [11].
- **L'examen au spéculum** (si victime ayant déjà eu des relations sexuelles auparavant):
 - Aspect des bords latéraux de l'hymen et du vagin
 - Aspect des culs-de-sac vaginaux
 - Aspect du col utérin
 - Présence ou non de pertes anormales
 - Remarque : Pas d'examen au spéculum si la victime est vierge sauf si le spéculum pour vierge est disponible et le médecin en est expérimenté
 - Les prélèvements seront effectués (sperme et pertes vaginales) pendant cette phase d'inspection si possible.
- **Le Toucher vaginal** : Débuté avec un doigt, il permet d'apprécier la perméabilité de l'hymen à 1 ou 2 doigts (index ou auriculaire si un doigt, index et majeur si deux doigts, préciser si 1^{ère} et 2^{ème} phalanges introduites → intérêt médico-légal) et de noter une douleur provoquée, orificielle ou profonde pelvienne [11].

Constatations :

- A partir de la puberté, sauf exception, l'hymen devient perméable à un doigt. L'hymen devient classiquement perméable à 2 doigts en cas d'activité sexuelle.
- Au décours d'une agression, les lésions occasionnées sont souvent fugaces, comme un érythème, des pétéchies ou des abrasions du vestibule, une éraillure ou déchirure de la fourchette postérieure, ou des petites ecchymoses de l'hymen qui peuvent régresser intégralement. Des échancrures, le plus souvent définitives, peuvent être provoquées. Le caractère traumatique des échancrures est d'autant plus typique qu'elles sont complètes (profondes) atteignant le sillon nympho-hyménal d'insertion de l'hymen sur le vestibule, postérieures entre les rayons de 4 et 8 heures, à contours aigus [10].
- Une lésion importante comme la fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale se reconnaît par l'incontinence ; les touchers pelviens et l'examen au spéculum peuvent situer son niveau.

3. Examen anal :

- Position pour l'examen : genu-pectorale ou gynécologique
- Inspection de l'anus et des plis radiés après déplissement de la marge anale : noter si lésions récentes ou anciennes, fissures, délabrement ;
- Toucher rectal (facultatif, réalisé en cas de notion de pénétration dans l'anus) : apprécier la tonicité du sphincter anal, recherche une béance de l'anus.

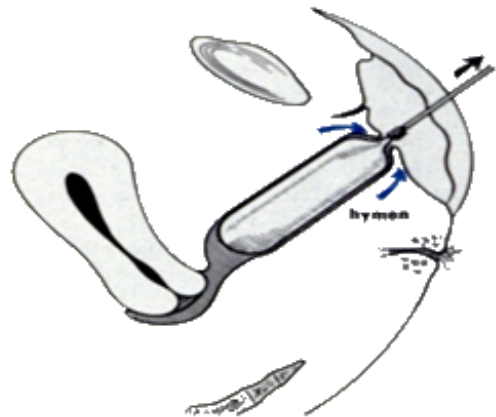
Le médecin doit tout inscrire dans son compte-rendu [8, 9].

Si le centre est équipé et après consentement de la victime, la prise de photographies peut être utile sur le plan médico-légal, les lésions pouvant régresser intégralement par la suite.

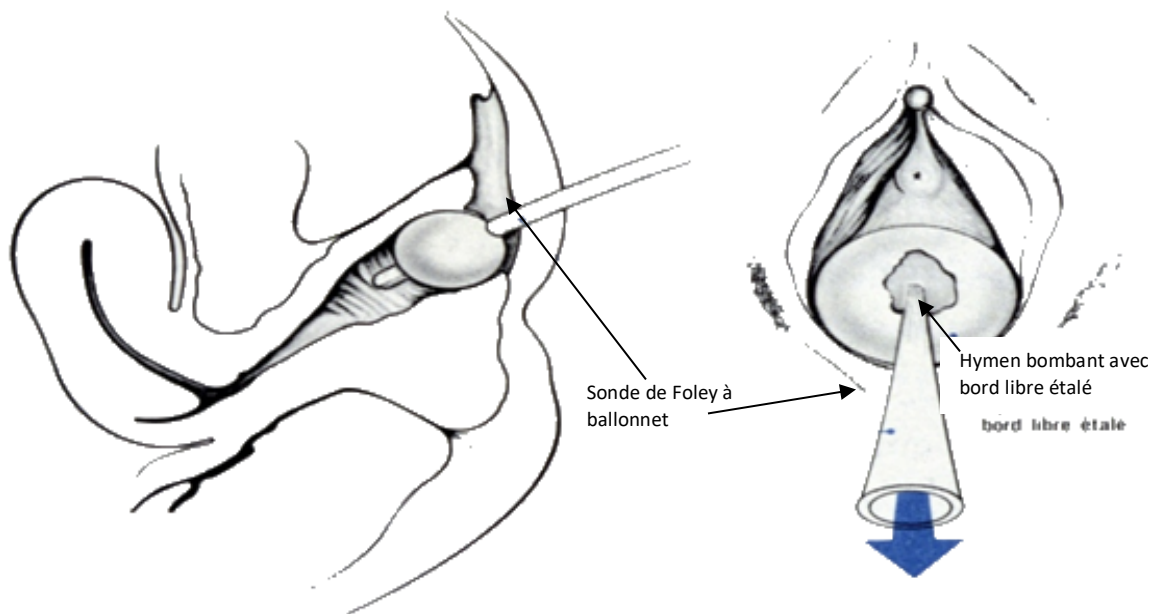
A l'issue de l'examen, le médecin essaie de rassurer la victime sur l'intégrité de son anatomie (globale) et sur ses possibilités génitales futures, sauf complication.



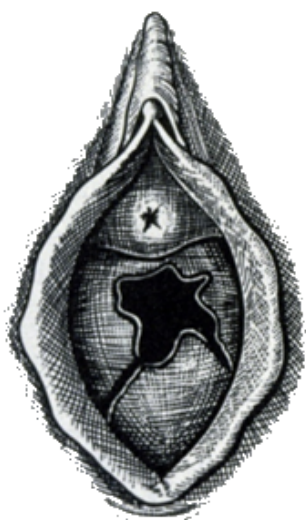
L'étalement de la cloison recto-vaginale par l'examen bimanuel



Examen médico-légal de l'hymen à l'aide d'un ballonnet introduit dans la cavité vaginale (d'Après Dickinson R.L., in Human Sex Anatomy, cité par J. Mathieu et D. Dargent, Masson 1970)

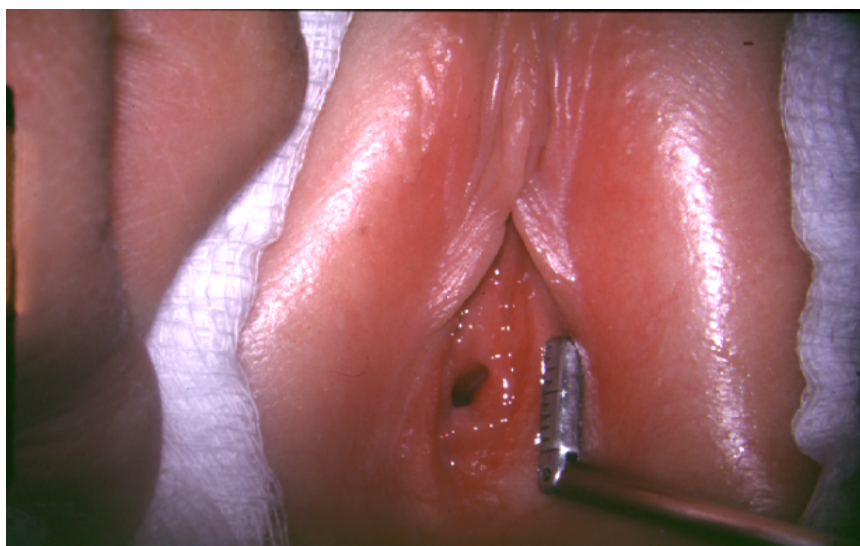


Examen de l'hymen à l'aide d'un ballonnet introduit dans la cavité vaginale [10]



Les lésions de la défloration :

Zone de prédilection des déchirures hyménales : à gauche, déchirure complète à 7h ; à droite, déchirure incomplète à 5h.



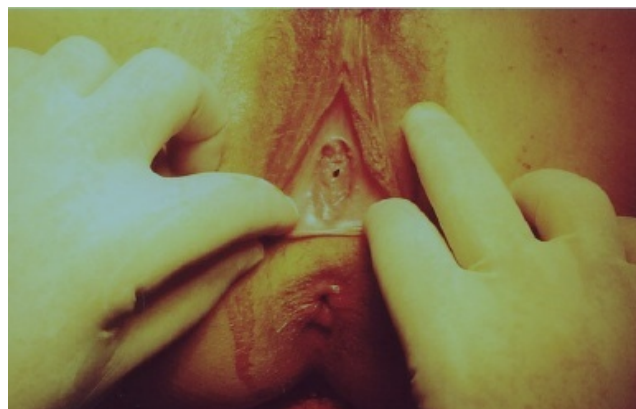
Mesure du diamètre de l'orifice hyménéal. Hymen intact, annulaire (enfant). [11]



Mesure du diamètre de l'orifice hyménéal. Hymen intact, semi-lunaire, rebord sans déchirure (adulte) [11].

3. Particularités de l'examen clinique chez la petite fille [3, 11]

- Avant l'examen :
 - Si l'enfant est très agité, administrer des calmants : Diazépam par voie orale : 0,15mg / kg ; maximum 10mg.
 - Si l'enfant souffre, donner un antalgique : Paracétamol 120-250mg (1 à 5ans) ou 250-500mg (6 à 12ans).
 - Attendre que les médicaments agissent avant de procéder à l'examen clinique.
- Rechercher particulièrement des complications telles que vomissements, convulsions, perte de connaissance, incapacité à boire.
- Noter : poids, taille, stade pubertaire, date des premières règles (évaluation du risque de grossesse) [8].
- L'examen génital d'une petite fille peut se faire sur les genoux de sa mère en position grenouille (cuisses fléchies en large abduction, genoux fléchis sur les cuisses, talons joints).
- L'inspection devrait être combinée avec une palpation qui sert à poursuivre du doigt le bord libre de l'hymen. Rechercher la présence de saignement génital ou de pertes vaginales.
- Pour une petite fille, on peut utiliser un écouvillon ou coton-tige pour déplier l'hymen. C'est préférable par rapport à l'usage de sonde à ballonnet qui pourrait provoquer une défloration accidentelle si l'enfant est trop agitée [5].
- La cicatrisation de la muqueuse hyménéale se fait en 5 à 7 jours mais la déchirure signant la défloration persiste à vie. Il y a suspicion de pénétration génitale lorsqu'il existe une transection : déchirure nympho-hyménéale ou présence d'incisures sur le bord libre de l'hymen, avec ou sans signe inflammatoire et/ou douleur au toucher. L'ouverture hyménéale (diamètre transverse hyménéal) doit être mesurée si l'hymen n'est pas déchiré et surtout si on dispose de l'appareil de mesure spéciale. Une défloration récente est donc une déchirure hyménéale de moins de 7 jours [12].
- Terminer l'examen par un examen de l'anus.



Examen de l'hymen, lèvres écartées ^[5]

4. Particularités de l'examen clinique lorsque la victime est un garçon / homme

- Moins fréquentes et surtout moins souvent révélées, les agressions sexuelles chez l'homme sont reconnues juridiquement. Le viol de l'homme est homosexuel ou hétérosexuel, une femme pouvant être auteur des faits [10].
- L'accueil des victimes de sexe masculin répond aux mêmes objectifs que l'accueil des victimes de sexe féminin, c'est-à-dire : informer, préparer à l'examen clinique, programmer les examens complémentaires et proposer un accompagnement.
- Quelques éléments sont particuliers aux agressions des victimes de sexe masculin :
 - un diagnostic difficile à poser : très souvent, la composante sexuelle n'est pas révélée d'emblée et le diagnostic est évoqué devant la constatation de blessures somatiques, parfois importantes, comme des hématomes, des fractures ou des luxations inexpliqués. Le dialogue et l'entretien préalable sont fondamentaux. Ils pourront conduire la victime à des révélations et l'aider à accepter l'examen clinique.
 - La prise en charge des victimes de sexe masculin nécessite, elle aussi, une structure spécialisée pluridisciplinaire : consultation médico-légale, service de chirurgie générale, urologie ou gastro-entérologie, voire service des urgences chirurgicales, consultation à visée psychothérapique [4]. Ces victimes doivent être adressées dans un service de chirurgie et non dans un service de maternité.
 - Spécificités de l'examen génital [5, 9] :
 - Examiner le scrotum, les testicules, le pénis, le tissu péri-urétral, l'orifice urétral et l'anus.
 - Noter si la victime est circoncise ou non.
 - Vérifier la présence d'hyperhémie, de boursoufflement, de contusion, de torsion des testicules, de lésions anales.
 - La torsion des testicules constitue une urgence et nécessite l'envoi immédiat de la victime à l'hôpital.
 - Si l'urine contient d'importantes quantités de sang, vérifier la présence de traumatismes péniens et urétraux. Référer en cas de doute.

II.1.3.3. LES PRELEVEMENTS

- La réalisation des prélèvements se fait parallèlement à l'examen clinique.
- Objectifs : fournir des éléments de preuves de l'agression sexuelle et prévenir les complications.

1. Rechercher des éléments de preuves

Les prélèvements seront guidés par les déclarations de la victime et les éléments de l'examen médical. Ils sont à effectuer en cas d'agression récente et doivent être réalisés [4, 5]:

- le plus tôt possible après l'agression,
 - sans toilette préalable,
 - avec un spéculum non lubrifié (femme déjà en activité sexuelle),
 - sur écouvillons de coton sec, type écouvillon pour bactériologie,
 - le séchage est indispensable 30 à 60 minutes à l'air libre après leur réalisation puis conservation à 4°C,
 - le nombre de prélèvements sera pair pour permettre les contre-expertises : 4 prélèvements par site est le nombre recommandé. Le nombre sera précisé sur le dossier et sur le certificat médical. Tous les prélèvements seront étiquetés, numérotés dans l'ordre de prélèvements.
- Prélèvements :
 - à la **recherche de spermatozoïdes**
 - Sperme et liquide séminal : des échantillons peuvent être prélevés dans le vagin, l'anus, sur les faces internes des cuisses.
 - Prélèvement sur pipette ou sur écouvillon [10],
 - Un étalement sur lame pour examen par un biologiste ou plus exactement un cytologiste dans les 24 heures. (→ examen direct au microscope)
 - Tache de sperme sur la peau (récupérer les éléments tissulaires par dilution au sérum physiologique), sur la vulve et périnée, vagin, endocol, exocol, cul-de-sac et paroi vaginale, prélèvements buccaux et anaux selon le contexte clinique [9].
 - à la **recherche d'autres objets** :

Des échantillons peuvent être prélevés à titre de preuve :

- Preuve des blessures : le traumatisme physique et/ou génital témoigne de l'usage de la force et doit être documenté et illustré sur les pictogrammes
- Vêtements : les vêtements déchirés ou tachés peuvent s'avérer utiles pour prouver l'usage de la force. Si les vêtements ne sont pas gardés comme preuve (par exemple, en l'absence de vêtements de rechange), décrire l'état de ces derniers.
- La présence de corps étrangers (terre, feuille, herbe) sur les vêtements, le corps ou dans les cheveux peut confirmer le récit de la victime. Conserver à sec dans un sac en plastique.

- La prise de photos, obtenues après accord de la victime (et/ou d'un parent si victime mineure) peut constituer des preuves en faveur de l'agression.

2. **Prélèvement pour prévenir les complications :**

Les principales complications sont représentées par les infections et la survenue de grossesse.

- Les **prélèvements locaux** à la recherche de germes :
 - Les prélèvements seront guidés par la mission du médecin dans le réquisitoire, les déclarations de la victime et les éléments de l'examen médical [10].
 - Sites de prélèvement possibles : col, vagin, urètre, anus, gorge.
- Le **bilan sérologique** :
 - Chlamydiae,
 - TPHA et VDRL (ou test syphilis rapide)
 - Hépatite B, hépatite C
 - HIV 1 et 2 (ou test rapide) après consentement de la victime
 - Si agression récente : sérologie initiale et contrôle à 1 mois, 3 et 6 mois.
 - Si agression ancienne datant plus de 6 mois : sérologie unique.
- Recherche d'une éventuelle grossesse par le dosage des β -HCG plasmatiques ou par un test de grossesse (urinaire).
- Recherche de **toxiques** : selon les déclarations, au moindre doute et si le clinicien constate une confusion, amnésie, ivresse, hallucination, hébétude, malaise au moment de l'examen.
Prélever du sang avec un tube sec de 10 cc. Prélever également des urines.
- Bilan pré-thérapeutique avant une éventuelle thérapie antirétrovirale : NFS Plaquettes, ionogramme sanguin, créatininémie, transaminasémie, gamma GT, bilirubine.

II.1.3.4. CONDUITE A TENIR APRES L'EXAMEN CLINIQUE

- Prescription de traitement = **Premiers Soins**. Le traitement dépendra de la précocité avec laquelle la victime se présente au service médical [8, 9, 10].

II.1.3.4.1. La victime se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression

II. 1.3.4.1.1. Prévention de la grossesse

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

- La pilule du lendemain de 1^{ère} intention sera à base de lévonorgestrel : 1,5mg en une dose unique (Norlevo® 1cp ou Pil 72® ou Postinor 2®) [11].
- A défaut, on peut recourir à la pilule à base d'œstro-progestatif : deux doses de 100µg d'éthinylestradiol + 0,5mg de levonorgestrel pris à 12h d'intervalle (Stédiril® 2cp en une prise, puis 2cp 12h après) ou la combinaison de 0,03mg d'éthinylestradiol + 0,15mg de levonorgestrel (Microgynon® 4cp en une prise, puis 4cp 12h après) [13]. Répéter la dose si vomissements dans les 3 heures suivantes.

II. 1.3.4.1.2. Prévention des IST

- Antibiothérapie présomptive [14] : Doxycycline 2cp/j pendant 8 jours ou suivre le protocole national en cas d'écoulements génitaux (Cefixime 200 mg, 2 comprimés en une prise + doxycycline 100mg, 1 comprimé matin et soir pendant 7 jours) pour les victimes non enceintes et plus de 14 ans, sinon autre antibiotique.
- Pour les enfants : Erythromycine 50mg/kg/jr pendant 7jours ou Cefixime 8mg/kg en dose unique.
- Se rappeler que les femmes enceintes ne peuvent pas prendre certains antibiotiques.
- Commencer le même jour que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition (PPE) VIH [8, 15].

1. Prévention de la transmission de VIH

- La PPE doit être proposée aux victimes en fonction de l'évaluation des risques réalisée par le prestataire de soins qui repose sur les faits survenus pendant l'agression.
- Les risques de transmission du VIH sont plus importants dans les cas suivants : plus d'un agresseur, victime présentant des écorchures ou lésions de la peau, viol par voie anale, agresseur connu comme étant séropositif ou toxicomane adepte de drogues par injection [8].
- Selon le protocole national malagasy de prise en charge des VIH, la prophylaxie post-exposition (PPE) (identique au protocole en cas d'accident d'exposition au sang) consiste en l'administration de :
AZT3TC (exemple : DUOVIR® ou LAMIVUDINE® 1cp matin et soir) + LOPINAVIR / RITONAVIR (exemple : KALETRA® OU ALUVIA® 2cp matin et soir) pendant 1mois [15].
A administrer en cas de viol moins de 72h. Au-delà, ce n'est plus la peine.
- Si la PPE n'est pas disponible sur place, envoyer le plus tôt possible (dans les 24h qui suivent le viol) la victime vers un centre compétent.
- La PPE peut commencer le même jour que la contraception d'urgence et les traitements préventifs des IST. Les doses doivent être espacées et prises au moment des repas pour limiter les effets secondaires, tels que les nausées [8, 15].

2. Prévention de l'hépatite B

- Aucune information n'est disponible sur l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite B à la suite d'un viol. Toutefois, le virus est présent dans les liquides séminal et vaginal et est transmis au cours de rapports sexuels [3, 5].
- Les victimes de viol doivent si possible être vaccinées contre l'hépatite B dans les 14 jours qui suivent l'agression.
- Si la victime a déjà été totalement vaccinée dans le cadre de programmes d'immunisation infantile, carnet de vaccination à l'appui, il n'est pas nécessaire d'administrer des doses supplémentaires du vaccin contre l'hépatite B [3, 5].
- Le vaccin peut être administré en même temps que le vaccin contre le tétanos.

II. 1.3.4.1.3. Traitement des blessures

- Nettoyer les lacérations, plaies et écorchures.
- Eliminer les salissures, matières fécales, tissus nécrosés ou abimés.
- Vérifier si les plaies doivent être suturées. Suturez les plaies propres dans les 24h. Après ce délai, elles devront guérir par cicatrisation secondaire ou par une suture primaire retardée. Ne pas suturer les plaies très sales [10, 12].
- En présence de plaies fortement contaminées, administrer des antibiotiques et des analgésiques.
- Prescrire des antibiotiques si besoin : Amoxicilline 2g/jour et/ou Métronidazole 1,5g/jour.

II. 1.3.4.1.4. Prévention du tétanos

- En présence de lacérations au niveau de la peau ou de la muqueuse, la prophylaxie antitétanique doit être pratiquée, à moins que la victime ait été totalement vaccinée.
- Conseiller aux victimes de suivre le programme de vaccination [5].

II. 1.3.4.1.5. Aide psychologique

- Aide psychosociale et conseil : par un travailleur social (CECJ) ou par le prestataire lui-même en absence de travailleur social : conseiller la famille et les amis sur la façon d'aider la victime. Assurer l'assistance psychosociale continue par le travailleur social car c'est indispensable pour le rétablissement total de la victime.
- Prescription d'un éventuel arrêt de travail ou éviction scolaire pendant un certain temps (temps de rétablissement psychologique, selon le cas) [12].
- Prescrire des médicaments uniquement dans des cas exceptionnels : si le niveau d'anxiété est tel qu'il perturbe la vie quotidienne de la victime (par exemple : la victime ne peut plus parler avec

d'autres personnes pendant au moins 24h). Dans ce cas et seulement si l'état physique de la victime est stable, prescrire 1cp de 5 ou 10mg de benzodiazépine (Diazépam®), à prendre avant de se coucher pendant une durée maximale de 3jours [12].

- Pour les cas spéciaux, il faut proposer une prise en charge en hospitalisation si danger ou menace (menace de suicide ou automutilation ou autres complications).

II.1.3.4.2. La victime se présente plus de 3 jours (72h) après l'agression

II.1.3.4.2.1. Prévention de la grossesse

- Dépister tout d'abord une grossesse en réalisant un test de grossesse. Si le test est positif, tenter de vérifier si cette grossesse pourrait être due au viol ; le test de grossesse est normalement positif 10 jours après la fécondation. Si cela pourrait être le cas, la conseiller sur les options disponibles sur place. (Exemple : En cas d'inceste, si décision d'interruption de la grossesse, celle-ci doit être prise par le juge.)
- Si la victime se présente dans un délai compris entre 72h (3 jours) et 120h (5 jours) après le viol, prescrire une pilule contraceptive d'urgence [8, 11].
- Si la victime se présente dans les 5 jours suivant le viol et avant le 10^{ème} jour, poser un DIU libérant du cuivre (TCu 380). Le DIU peut être retiré lors des règles suivantes ou bien laissé en place à titre de contraception future [11].

II.1.3.4.2.2. Prévention des IST

- Traiter si le dépistage de laboratoire a mis en évidence une infection ou si la victime présente les symptômes d'une IST. Suivre l'algorithme de la prise en charge des IST selon l'approche syndromique s'il y a signes manifestes : écoulement ou ulcération [16].
- Se rappeler que les femmes enceintes ne peuvent pas prendre certains antibiotiques (comme la doxycycline).

➤ Prévention de la transmission du VIH

A plus de 48 heures après un viol, les virus du VIH ont eu le temps de s'incuber, une prophylaxie post-expositionnelle n'a plus sa place [14].

➤ Prévention de l'hépatite B

- Si la victime n'a pas été vaccinée et que la vaccination est conseillée en raison des conditions locales, procéder à la vaccination quel que soit le délai écoulé depuis l'agression [3, 5].
- Le vaccin peut être administré en même temps que le vaccin contre le tétanos.

II.1.3.4.2.3. Traitement des blessures

- Traiter ou faire traiter toutes les plaies non cicatrisées, les fractures, les abcès ainsi que les autres blessures et complications.
- Si le traumatisme a provoqué une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale, après les premiers soins possibles, référer immédiatement la victime dans un centre spécialisé.

II.1.3.4.2.4. Prévention du tétanos

Si patiente non totalement vaccinée, la vacciner immédiatement (Vaccin antitétanique) quel que soit le délai écoulé depuis l'agression. S'il reste des plaies importantes, sales et non cicatrisées, prescrire en plus de l'immunoglobuline antitétanique (500 UI d'IgG en sous-cutané) [3].

II.1.3.4.2.5. Aide psychologique

(Voir prise en charge des cas vus avant 72 heures)

REMARQUE : Réactions de la jeune fille à l'abus :

L'agression sexuelle comme tout événement stressant, entraîne un traumatisme qui déclenche une réaction dite « normale », appelée état de stress post-traumatique, plus intense dans les 2 à 4 premières semaines. Le traumatisme est revécu sous la forme de souvenirs répétitifs envahissants, de troubles du sommeil et cauchemars, état de qui-vive, isolement avec agressivité, anxiété, pleur, culpabilité, honte. Des troubles du comportement alimentaire sont fréquents ainsi que des troubles de la concentration qui entraînent un désintérêt scolaire. L'expression des sentiments peut être difficile surtout en cas de conflit familial préexistant [3].

Les troubles s'ils persistent peuvent évoluer jusqu'à un véritable syndrome dépressif, avec parfois des gestes d'automutilation ou des tentatives de suicide [6].

Les conséquences somatiques peuvent traduire une complication infectieuse (pollakiurie, leucorrhées, démangeaisons vulvo-vaginales, etc.) ou l'anxiété (douleurs abdominales, nausées, anorexie, céphalées, malaise, etc.) [6, 9].

Lorsque l'abus sexuels est répété, un syndrome d'ajustement en 5 étapes a été décrit du début de l'abus jusqu'à son dévoilement. Le **secret** est imposé par l'abuseur, ce qui provoque l'**impuissance** de la victime (souvent adolescente) qui se soumet à l'adulte censé la protéger. Pour survivre, elle **s'accommode** de la situation en adoptant des comportements modifiés qui la rendent peu crédible lorsqu'elle **dévoile** de façon tardive les abus. Face au scepticisme ou aux pressions du milieu, elle peut **se rétracter**.

II.1.3.5. Remplissage des outils de gestion

- Remplir la fiche individuelle de prise en charge [8].
- Noter dans le registre de consultation.
- Rédiger le cas échéant une Lettre de référence vers un centre plus équipé.

II.1.4. PLANIFICATION DU SUIVI DE LA VICTIME

- Visite de suivi après 1 semaine :

- Evaluer la possibilité d'une grossesse et fournir une aide psychologique,
- Vérifier si la victime a pris l'intégralité des médicaments donnés pour le traitement des IST [3, 5, 8],
- Si aucun antibiotique prophylactique n'a été administré, évaluer les IST, prescrire les traitements nécessaires et donner des informations sur le service de conseil et de dépistage volontaire du VIH,
- Evaluer la prophylaxie post-exposition (effets secondaires),
- Evaluer l'état mental et émotionnel. Prescrire un traitement si nécessaire.

- Visite de suivi après un mois puis trois mois :

- Evaluer les IST et prescrire les traitements nécessaires,
- Evaluer l'état de grossesse si patiente sans contraception,
- Dépistage de syphilis si aucune prophylaxie n'a été administrée,
- Donner des informations sur le service de conseil et de dépistage volontaire du VIH,
- Evaluer l'état mental et émotionnel [3, 5, 8].

- Proposer les contrôles sérologiques :

- à 1 mois : Sérologie VIH
- à 3 mois : Bilan sérologique (Chlamydiae, TPHA et VDRL, Hépatites B et C, HIV 1 et 2) [3, 5, 8].

II.2. REDACTION D'UN CERTIFICAT MEDICAL OU D'UN RAPPORT D'EXPERTISE MEDICO-LEGALE

Dans la mesure du possible, il est souhaitable d'obtenir préalablement une réquisition émanant des autorités de justice permettant l'examen et les prélèvements qui seront alors des pièces à conviction.

En l'absence d'un réquisitoire, le médecin prenant en charge une victime d'agression avec connotation sexuelle peut délivrer à la demande de la famille un certificat médical de constatation [18]. Cette rédaction n'est pas obligatoire. Cependant, le médecin doit rédiger un signalement aux autorités compétentes pour qu'une enquête soit menée et que ces dernières délivrent une lettre de réquisition à personne qualifiée si besoin. Le certificat médical sera rédigé avec la prudence nécessaire pour ne pas être complice de fausses allégations ou d'acte de complaisance.

A part la réponse à la requête de l'OPJ, le CM ou le REML doit mentionner selon les cas l'ITT ou l'IPP.

- **La détermination de l'Incapacité Temporaire de Travail (ITT)**

La victime d'agression sexuelle subit un dommage physique et psychique qui ouvre à une possible indemnisation des préjudices qui en résultent. Le médecin doit déterminer l'incapacité totale de travail uniquement à partir des lésions constatées et de la nature des soins. L'ITT recouvre le retentissement physique de l'acte sur la victime, mais également le retentissement psychique ou intellectuel que cette dernière peut subir. Il s'agit de l'impossibilité pour la victime d'effectuer les actes de sa vie personnelle habituelle ou un travail corporel quelconque, par opposition à l'arrêt de travail qui concerne son incapacité d'exercer sa profession et dont la durée ne doit pas être confondue. Toute victime peut donc bénéficier d'une ITT, quels que soient son sexe, son âge, son type d'activité [8, 10, 19].

Dans le cas des agressions sexuelles, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui oriente vers telle ou telle juridiction, mais d'autres paramètres (pénétration sexuelle, âge et vulnérabilité de la victime, qualité de l'auteur...). La détermination de l'ITT est alors un élément médical qui témoignera de la nature et de la gravité des blessures et du retentissement psychique de l'agression mais qui n'aura aucune incidence sur la qualification des faits.

- **La détermination de l'Incapacité Permanente Partielle (IPP)**

L'IPP est aussi appelée *Déficit Fonctionnel Séquellaire*.

Il s'agit d'un pourcentage qui permet d'évaluer les séquelles qui subsisteront définitivement et qui amputent d'autant la capacité physique de la personne par rapport à son état avant l'accident [10].

Dans tous les cas, le taux d'invalidité ne pourra être évalué qu'à partir de la **date de consolidation**, c'est-à-dire la période à partir de laquelle la personne ne reçoit plus de soins.

Il s'agit de réparer l'atteinte à l'intégrité physiologique de la personne, en dehors de tout retentissement sur l'activité professionnelle qui sera indemnisé lors de l'évaluation du **préjudice professionnel**.

Les tribunaux attribuent une valeur au point.

Le calcul de la valeur de ce point d'IPP ou point de déficit séquellaire est fixé selon une courbe qui met en relation :

- le taux de l'IPP
- l'âge de la personne.

La «fonction sexuelle» ne peut faire l'objet de l'évaluation d'un préjudice particulier. Ses critères d'appréciation sont l'imprégnation endocrinienne, la réalisation de l'acte sexuel et la fécondité.

- Impossibilité mécanique des rapports sexuels, maximum : **30 %**
- La stérilité (en période d'activité génitale) : **30 %**

LA REDACTION :

L'expertise médicale est une procédure encadrée par la Loi qui a pour objet, à partir des techniques et outils médicaux classiques (interrogatoire, examen clinique, analyse du dossier médical) de faire des constatations médicales et médico-légales et d'en déduire éventuellement, ce que l'on appelle des chefs de préjudice. L'Expert médical effectue exclusivement des constats les plus objectifs possibles et n'est donc pas impliqué dans un quelconque projet diagnostique ou thérapeutique [19].

L'expertise médicale est un acte médical particulier. En effet, ce n'est pas un acte de soin, ni un acte de prévention, et ni un acte diagnostique. L'objet de l'expertise médicale est clairement fixé par la mission de l'Expert. Celui-ci ne pouvant sortir du cadre rigide qui lui a été fixé : « rien que la mission, et toute la mission ».

Pour les médecins Malagasy, la question qui se pose c'est : Quel médecin est habilité à délivrer un certificat médical à usage judiciaire ? S'agit-il du médecin travaillant dans une structure publique comme le veut la coutume, ou de tout médecin diplômé ? Il n'est écrit nulle part dans le code pénal ni dans le code de santé que les certificats médicaux doivent être établis par les médecins des structures publiques de santé. En conséquence, n'importe quel médecin diplômé, enregistré sur le tableau de l'Ordre National des Médecins de Madagascar peut valablement établir un certificat médical, sur demande d'un juge, dont le certificat a valeur de preuve, ou sur la demande d'une victime, dont le certificat a la valeur d'un témoignage.

Le Certificat Médical

Le certificat médical est la notification écrite des résultats de l'examen médical d'un patient par le médecin qui constate la matérialité des faits dont il déduit son diagnostic, sans mentionner une quelconque prescription médicale. Le certificat médical a pour **sujet un individu** et implique **l'examen par le médecin de la personne concernée** : obligation déontologique et condition de la force probante du certificat. [19]

C'est un acte justifié médicalement par un médecin et établi **à la demande d'un patient ou de la famille (parents)** ou d'une autorité publique dûment habilitée en vue de valoir ce que de droit auprès d'un tiers : organisme de sécurité sociale, assureur, administration judiciaire, club sportif, etc..., et sera remis en mains propres au demandeur.

C'est aussi un **témoignage** au sens du droit, car il « contient la relation des faits auxquels son auteur a assisté ou qu'il a personnellement constatés » : non pas n'importe quel fait mais un fait médical, directement ou indirectement en relation avec l'état de santé d'un patient au cours d'une consultation médicale, et ceci moyennant les droits et obligations que lui confère la règle du secret médical.

Les conditions légales d'établissement d'un certificat médical sont définies par les articles 33 et 39 du Code de Santé Publique Malagasy. Art.33 : « Nul ne peut exercer la profession de médecin s'il n'est titulaire des diplômes ou certificats requis et inscrit au tableau de l'Ordre... » ; l'article 39 sanctionne pénalement l'exercice illégal de la profession de médecin [20].

Le Certificat de premier constat doit comporter limitativement les éléments suivants :

- L'identité du médecin signataire,
- L'identité de la victime,
- La date et l'heure de l'examen,
- La déclaration de la victime : résumé en 1 ou 2 lignes,
- Les constatations de l'examen en termes vagues ou précis,
- La durée éventuelle de l'ITT,
- La date probable de reprise de l'activité,
- Cachet, date signature de l'examineur.

Un principe à retenir : le médecin doit obligatoirement avoir connaissance de l'objet, des raisons et de la finalité de l'établissement d'un certificat médical. Par qui est-il demandé ?, pour quel motif ?, à qui devra t-il être adressé ?

FORME DE REDACTION D'UN CERTIFICAT MEDICAL (CM) [4, 9]

CM pour enfants :

Je, soussigné(e) : (Nom, prénom).....

Titre : (indiquer la fonction).....

Ce jour et heure : (jour, mois, année, heure).....

Certifie avoir examiné à la demande de (nom du père, de la mère, du représentant légal).....

Enfant : (Nom, Prénom).....

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

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

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

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

L'enfant présente les signes suivants :.....

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

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

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

Lors de l'examen anal :.....

Autres examens réalisés ou échantillons prélevés :.....

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

Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit, délivré à la demande de (Nom du père, de la mère, du représentant légal).

Signature du praticien

CM pour adultes

Je, soussigné(e) : (Nom, Prénom).....

Titre : (indiquer la fonction)

Ce jour et heure : (jour, mois, année, heure).....

Certifie avoir examiné à sa demande M, Mme, Mlle : (Nom, Prénom) :

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

Adresse : (adresse complète de la personne examinée)

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

A : (lieu).....

Par (personne connue ou inconnue) :

Mlle, Mme, M.....présente les signes suivants :

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

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

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

.....

Examen anal :

Autres examens réalisés et échantillons prélevés :.....

Evaluation du risque de grossesse :

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

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

Signature du praticien

Le Rapport d'Expertise Médico-Légale (REML)

C'est le document par excellence utilisable en Justice.

En présence d'un réquisitoire émanant d'un Officier de Police Judiciaire (OPJ), le médecin doit autant que possible rapporter les constatations médicales et apporter les preuves médico-légales selon les demandes formulées, dont la défloration au sens médical du terme, la présence de signes d'agression, etc... [9, 10].

Il ne doit y figurer aucune interprétation personnelle, ni le terme de viol. Seul le magistrat peut étiqueter « viol » une agression sexuelle.

Le REML ne diffère pas tellement du certificat médical sauf que son rédaction a été ordonnée par un réquisitoire ou « lettre de réquisition à personne qualifiée » émanant d'une autorité juridique. Les autorités requérantes peuvent être judiciaires ou administratives. Dans les cas judiciaires c'est soit l'OPJ, soit le Magistrat du Ministère Public, soit le Magistrat du siège (Juge). Dans les cas administratifs c'est soit le Maire, soit le Gouverneur, soit l'Autorité Sanitaire (Ministre de la Santé), soit le Directeur d'un Hôpital, etc....

Le médecin auteur de ce rapport doit avoir préalablement et **personnellement examiné attentivement la personne concernée**. Le médecin requis doit donc mentionner dans son rapport qu'il a rempli personnellement la mission qui lui a été confiée en toute conscience. Et la rédaction doit toujours mentionner la **prestation de serment**. Les experts médicaux peuvent être des médecins généralistes ou spécialistes, voire diplômés de médecine légale.

Ce rapport est subordonné à sa compatibilité avec le respect du secret médical, a fortiori lorsqu'il est établi en vue de sa production en justice. Le médecin doit limiter ses constatations à l'objet pour lequel il est sollicité, c'est à dire à la question de fait qu'il est censé résoudre. (victime déflorée au sens médical du terme ou non, présence ou non de signes d'acte de violence, ...)

Le REML sera remis à l'autorité requérante, sous pli fermé afin de préserver l'intimité de la victime.

La Réquisition contient habituellement les éléments suivants :

- L'identité, la fonction et l'office du requérant,
- L'article du Code de Procédure Pénale permettant la réquisition,
- Le libellé de la mission,
- La date et la signature du requérant. Selon l'autorité requérante, les formes de réquisitions peuvent varier – OPJ, Magistrat, etc.

- La Réquisition est normalement nominative, de sorte que le Médecin ne puisse demander à un collègue de sous-traiter sauf s'il est mentionné que c'est lui ou un autre médecin sous son autorité qui le fait.

Le Rapport d'Expertise Médico-légale comprend classiquement 3 parties :

1ère Partie : Préambule

Cette partie contient :

- La prestation de serment (Art 196 CPM),
- L'identité du Médecin requis et sa spécialité,
- L'adresse de son office,
- L'identité du requérant OPJ, Magistrat, et adresse de son office,
- N° et date de la Réquisition,
- La Mission.

2ème Partie : Commémoratifs et Exposé des Faits

Exposé des faits, du résumé historique des événements à reporter sans commentaires tel que raconté par l'intéressé(e) avec ses propres termes.

Examen médico-légal approfondi :

- Anamnèse,
- Examen physique,
- Examens complémentaires demandés et résultats,
- Diagnostic médico-légal et imputabilité.

Remarque : le traitement ne doit pas être noté sur le rapport, sauf si la mission l'exige.

3ème Partie : Conclusion

- La conclusion se limite à répondre à la mission et rien qu'à la mission de façon concise, précise et sans ambiguïté.

Remarque :

- L'absence de lésion ne permet pas de conclure l'absence d'agression sexuelle.
- Affirmer le viol appartient au magistrat. Le médecin doit se contenter de certifier ce que son examen lui a permis de constater, les signes fonctionnels et les signes physiques, l'aspect de l'hymen, soit intact ou vierge au sens médical du terme, soit avec déchirure récente ou ancienne donc défloré, soit avec l'aspect de celui d'une femme ayant une vie sexuelle active.

La finalité du Certificat Médical et du REML, dans le cadre de violences sexuelles, vise donc une double exigence juridique :

- la sanction de l'agresseur,
- l'indemnisation de la victime.

Remarque : Si la victime garde une séquelle de l'acte d'agression, c'est à nouveau au médecin qu'il incombe de fixer le taux d'Incapacité Permanente Partielle – IPP. Cette activité complexe ne se fait pas au pifomètre. Elle exige une révision des cours en formation initiale en Evaluation du Dommage Corporel, branche de la Médecine Légale Clinique.

FORME DE REDACTION DU RAPPORT D'EXPERTISE MEDICO-LEGALE

- Je, soussigné(e), Dr
- dans le Service
- prête **serment** d'apporter mon concours à la Justice en mon honneur et conscience
- et certifie avoir examiné ce (date) à (heures)
- M, né(e) le
- en présence de
- sur réquisition de M/Mme....., Officier de Police Judiciaire.....
- à l'anamnèse, la victime a déclaré avoir été victime d'une agression sexuelle le (heure, jour, mois, année).....
- A : (lieu).....
- Par (personne connue ou inconnue) :
- Examen somatique : ... développements des caractères sexuels secondaires, (seins, poils pubiens, ...)
- Examen physique (description détaillée des lésions, de leur emplacement, de leur étendue, de leur caractère ancien ou récent et de leur gravité) :
- Examen génital (signe de violence et d'agression, signe d'une défloration récente ou ancienne, d'ecchymoses, d'écorchures, etc...) :
- Examen anal :
- Il a été pratiqué des prélèvements
- Conclusion :
- Fait le
- Dr
- Rapport d'expertise médico-légale établi et remis aux autorités requérantes.

II.3. SIGNALEMENT AUX AUTORITES COMPETENTES

En l'absence de réquisition par le Tribunal ou les OPJ, le prestataire de santé doit rédiger un signalement aux autorités compétentes.

Le signalement est l'acte de porter à la connaissance d'une autorité judiciaire (Procureur de la République) par courrier, les sévices ou les signes qui permettent de présumer des violences physiques, sexuelles ou psychiques commises sur une personne, qui la mettent en danger et que le prestataire de santé a constaté dans l'exercice de sa fonction [10, 17].

Le signalement est une obligation du prestataire.

Exemple de rédaction d'un signalement [10] :
(à adresser à une autorité juridique, peut être rédigé en malagasy)

OBJET : SIGNALEMENT D'UN ENFANT EN DANGER
(Nom, prénom, âge, adresse)

Monsieur le Procureur,

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

.....
.....

J'ai examiné ce jour (Heure, jour, mois, année) l'enfant :
..... (NOM, prénom), né(e) le : (Jour, mois, année) domicilié à :
.....

Les signes suivantsm'amènent à penser que cet enfant est en situation de danger.

Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments respectueux.

Signature du médecin

(Si un certificat médical a été établi, le joindre)

**III. ORGANISATION ET RESSOURCES REQUISES
POUR L'ASSISTANCE MEDICALE DES VICTIMES DE
VIOLENCE SEXUELLE DANS UNE STRUCTURE
SANITAIRE**

En vue d'apporter le maximum possible de plateau technique, le tableau suivant est proposé pour être une référence pour une prestation optimale [8, 22, 23].

1. Documents de référence
- Guide Pratique OU Fiches Techniques OU Boîte à Image de la prise en charge médicale des victimes de VS. - Protocole de prise en charge des IST. - Counseling et dépistage du VIH à Madagascar : normes et procédures. - Protocole de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH à Madagascar - Normes et procédures en Santé de la Reproduction.
2. Personnel
Professionnel de santé qualifié, disponible 24 heures sur 24
3. Infrastructure / Equipements médicaux
- Salle permettant le respect de la confidentialité (privée, tranquille, bien éclairée, porte verrouillable) - Table d'examen gynécologique - Lampe fixe (une torche pourrait effrayer les enfants) - Poupinelle pour stériliser le matériel - Lavabo et robinet de lavage des mains - Accès facile aux toilettes - Réfrigérateur (pour conserver les prélèvements)
4. Fournitures
"Kit viol" comprenant : - De quoi couvrir la victime lors de l'examen (blouse, tissu) - Vêtements de rechange (en cas de nécessité de recueil des vêtements de la victime pour preuve de violence) - Sacs en plastique pour le recueil des preuves (vêtements, corps étranger) - Articles d'hygiène intime (serviettes hygiéniques) - Spéculum (différents calibres), spéculum pour vierge (si possible) - Ecouvillons à coton sec (en cas de nécessité de recueil de sperme pour preuve) - Lames porte-objets et lamelles pour étalement de frottis - Boîte à pansement et suture : 2 pinces de Kocher dont 1 droite et 1 courbe, 1 pince à disséquer à griffes, 1 pince à disséquer sans griffe, 1 paire de ciseaux, 1 pince porte-aiguille, fil de suture. - Consommables : Gants d'examen, compresses, antiseptique (Bétadine), aiguilles, seringues, sonde à ballonnet.

5. Tests pour analyse et Médicaments [16]
- Test de grossesse, test rapide syphilis, test rapide VIH, test rapide Hépatite B - Médicaments utilisés pour le traitement des IST selon le protocole national (voir annexe) - Pilules contraceptives d'urgence (Norlevo® ou Pil 72® ou Postinor 2® ; Microgynon® ou Stédiril®), DIU TCU380A - Analgésique (exemple : paracétamol) - Anesthésique local pour les sutures (xylocaïne1% ou lidocaïne1%) - Antibiotiques pour le traitement des plaies - Anxiolytiques (exemple : diazépam) - Sédatifs pour les enfants (exemple : diazépam) - Vaccin Anti-Tétanique et Sérum Anti-Tétanique
6. Fournitures administratives
- Registre de consultation - Fiche médicale individuelle (anamnèse, examen et de prise en charge)* - Pictogrammes - Exemplaires de : CM pour enfant, CM pour adulte, REML - Armoire à clé pour conserver les documents confidentiels en toute sécurité - Brochures d'information sur l'assistance post-viol (pour les victimes)

* Voir Formulaire de Prise En Charge TYPE (en Annexe)

V. CONCLUSION

La grande majorité des victimes de violences sexuelles sont du sexe féminin. Plus de la moitié des crimes et des délits sexuels concernent des mineurs. Les victimes ont, le plus souvent, un lien familial avec leur agresseur [1].

La prise en charge médicale des victimes de violence sexuelle commence par un accueil rassurant et une offre d'informations mettant en confiance la victime. L'examen clinique ainsi que les procédures de dépistage, de traitement et de prévention doivent être méthodiques. La rédaction du certificat médical de constatation ou du rapport d'expertise médico-légale constitue l'aboutissement principal de la prise en charge médicale permettant à la victime de faire aboutir son dépôt de plainte.

Un état de stress aigu peut être observé à la suite d'une violence sexuelle et à plus long terme la victime peut présenter un état de stress post-traumatique. Certains symptômes post-traumatiques immédiats ou différés peuvent nécessiter une prise en charge psychiatrique [23].

Les recommandations adressées aux prestataires de santé sont :

- Assurer le respect des droits de la victime,
- Adopter une méthodologie standard de prise en charge médicale tout en évitant d'omettre les points essentiels dont la réponse aux requêtes de l'OPJ,
- Prévenir les complications médicales,
- Enregistrer les détails autant que possible et constituer une archive exploitable.

La prise en charge médicale et psychosociale intègre une période illimitée après la constatation des faits et implique une prise de responsabilité de la part de tous. Pour permettre une véritable réparation du traumatisme subi, la question de la réparation judiciaire est également essentielle.

VI. ANNEXES

VI.1. ANNEXE 1. FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE TYPE et PICTOGRAMME

FS :SDSP :DRSP :

CODE : _____

(Si un protocole de prise en charge multisectorielle est adopté, ce code peut être unique depuis le premier enregistrement, par exemple au niveau du bureau de l'OPI)

Formulaire d'anamnèse et d'examen – Violence sexuelle [8, 9]

1. INFORMATIONS GENERALES

Nom & Prénom :			
Adresse (lot, Fokontany, Commune, District) :			
Date de naissance (jour-mois-année) :		Age :	
Sexe	M ☐	F ☐	
Date / heure de l'examen			
En présence de :	Lien de parenté :		
*			

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

2. DESCRIPTION DE L'AGRESSION A L'INTERROGATOIRE :

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

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

3. ANAMNESE :

Après l'agression, la victime	Oui	Non		Oui	Non
a-t-elle vomi?			s'est-elle rincée la bouche?		
a-t-elle uriné?			a-t-elle changé de vêtements?		
a-t-elle déféqué?			s'est-elle lavée ou a-t-elle pris un bain?		
s'est-elle lavée les dents?			a-t-elle utilisé un tampon ou une serviette hygiénique?		

Mode de contraception utilisé :

Pilule		DIU		Implant	
Contraceptif injectable		Préservatif		Autre (préciser)	
Pas de contraception					

Antécédents obstétricaux/Menstruations :

Date des dernières menstruations (jour-mois-année) ___/___/___	Avait ses règles lors de l'agression Oui ☐ - Non ☐
Symptôme de grossesse Oui ☐ - Non ☐	Enceinte depuis ___ semaines d'aménorrhée
Antécédents obstétricaux : G___P___AAN___AS___IVG___EV___ (Gestité – Parité – Accouchement antérieur normal – Avortement Spontané – Interruption Volontaire de la Grossesse – Enfants Vivants)	

Historique des rapports sexuels consentis :

Dernier rapport sexuel consenti au cours de la semaine précédent l'agression	Date (jour-mois-année) :
--	--------------------------

Problèmes de santé existants :

	Traitement suivi
IST, ...	
Allergies	
Autres	

Vaccinations

	Vaccinée	Non vaccinée	Ne sait pas	Remarques
Tétanos				
Hépatite B				

Statut sérologique VIH/SIDA : Connu ☐ Inconnu ☐

Tests effectués : Non ☐ / Oui ☐ Résultats :

4. EXAMEN MEDICAL :

Apparence (tenue vestimentaire, cheveux, handicap mental ou physique manifeste) :

Etat mental (calme, en pleurs, anxieuse, coopérative, déprimée, autre) :

Poids :	Taille :	Stade de la puberté (pré-pubertaire, pubertaire, adulte) :
Pouls :	Tension artérielle :	Fréquence respiratoire : Température :

Relevés physiques :

Décrire systématiquement et dessiner sur les pictogrammes joints l'emplacement exact des blessures, des ecchymoses, des pétéchies, des marques, etc. Décrire le type, la taille, la couleur, la forme ainsi que les autres particularités. Se limiter à une description sans essayer d'interpréter les constatations.

Tête et visage :	Bouche et nez :
Yeux et oreilles :	Cou :
Poitrine :	Dos :
Abdomen :	Fesses :

Membres supérieurs :		Membres inférieurs :
Examen génital et anal : (rayer la mention inutile, décrire le résultat de l'examen)		
Vulve/scrotum	Orifice d'entrée et hymen	Anus
Vagin/pénis	Col de l'utérus	Examen bimanuel/rectovaginal
Position du patient (décubitus dorsal, procubitus, genu-pectorale, latérale, sur les genoux de sa mère)		
Pour l'examen génital :		Pour l'examen anal :

5. PRELEVEMENTS EFFECTUES :

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

6. ENREGISTREMENT DES OBSERVATIONS :

Désignation	Envoyées à.../conservées	Prélevées par ... /date

7. TRAITEMENTS PRESCRITS :

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

8. AIDE PSYCHOLOGIQUE, REFERENCE*, SUIVI :

Etat psychologique général :	
La victime envisage de porter plainte à la police OU l'a déjà fait ? - Oui ☐ - Non ☐	
La victime dispose d'un endroit sûr où se rendre ? - Oui ☐ - Non ☐	
Y-a-t'il quelqu'un pour l'accompagner ? - Oui ☐ - Non ☐	
Aide psychologique fournie :	Renvoi à d'autres structures :
Suivi nécessaire	Date de la prochaine consultation :

***Référence vers un service de prise en charge psychosociale (CECJ, ...) ou le Fokontany**

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

Titre : _____ Signature : _____ Date : _____

PICTOGRAMMES [8]

face

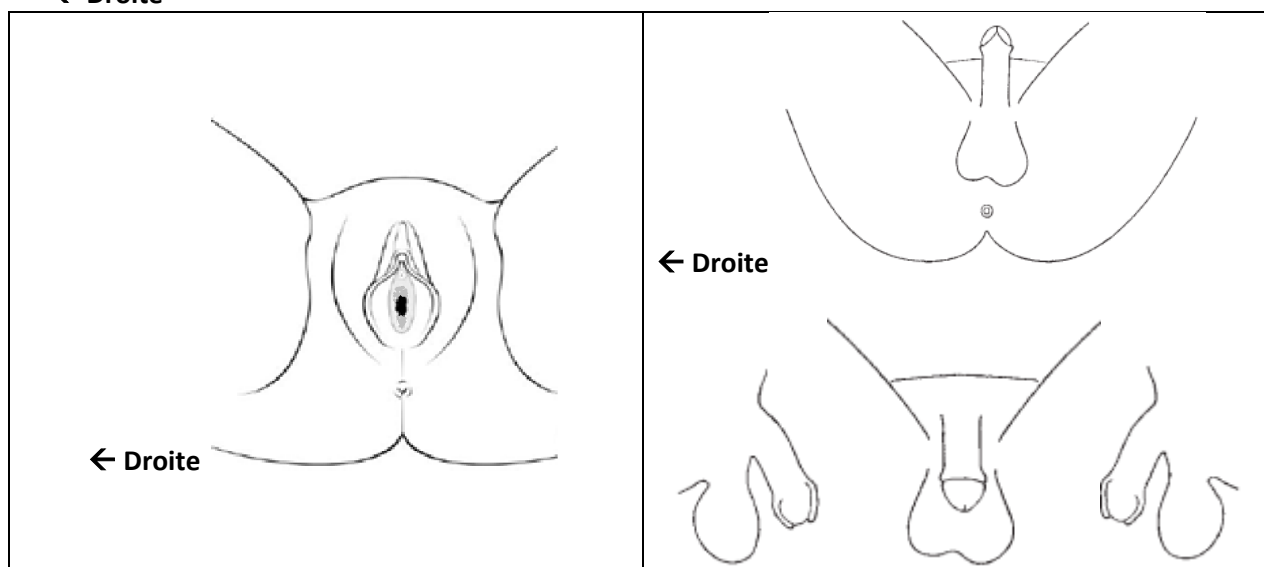


dos



← Droite

Droite →



VI.2. ANNEXE 2 : PREVENTION DE LA VIOLENCE SEXUELLE

La prestation des agents de santé en matière de prévention consiste en l'éducation à la sexualité au cours des séances d'IEC/CCC au niveau de la formation sanitaire ou au niveau d'une réunion organisée ou par le média local.

L'éducation à la sexualité, composante de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen, contribue à lutter contre les violences basées sur le genre et sexuelles. Elle doit permettre de sensibiliser et faire réfléchir l'auditoire à l'importance des notions de dignité, d'égalité, de respect mutuel, et leur faire prendre conscience, par exemple, que les propos sexistes instaurent un rapport de force qui peut conduire à d'autres formes plus graves de violences [8, 20].

Les thèmes des séances d'IEC/CCC seront :

- La sexualité en général, la dignité humaine,
- Les droits des enfants, les droits de l'Homme,
- Le volet médical de la sexualité ou la santé de la reproduction,
- Les conséquences physiques et psychologiques des agressions sexuelles,
- Les prestations médicales devant un cas de victime de violence sexuelle et les orientations recours de proximité.
- Le réseau de prévention ou de prise en charge multisectorielle existant et de proximité.

La liste n'est pas exhaustive et les thèmes doivent être adaptés au contexte local.

Les cibles sont :

- Les adolescents et les jeunes, (les écoliers, les collégiens, les lycéens et les enfants non scolarisés)
- Les femmes,
- Les hommes,
- Les parents.

« Afin d'être pleinement efficaces, les interventions visant à prévenir les agressions sexuelles doivent s'adresser à d'autres dimensions qu'à la seule résistance des enfants et des adolescents ». Pour combler cette insuffisance, les auteurs s'accordent pour réorienter une part importante de la responsabilité de la prévention sur les adultes, notamment en promouvant les rapports égalitaires hommes-femmes et en soutenant les parents lors de situations fragilisantes grâce à une présence communautaire [20].

Remarque : Les agents communautaires rattachés à une formation sanitaire, participent à part entière à la prise en charge des victimes de violence sexuelle. Ils ont pour missions de participer à la prévention par l'éducation de la population et également d'orienter les victimes de violence sexuelle vers un centre de santé pour une prise en charge médicale.

VI.3. ANNEXE 3 : RAPPEL ANATOMIQUE

Dans l'objectif d'apporter plus de précision sur la collecte de preuves médico-légales, le praticien doit se rappeler des orientations spatiales universelles du corps humain et les désignations des zones anatomiques du corps.

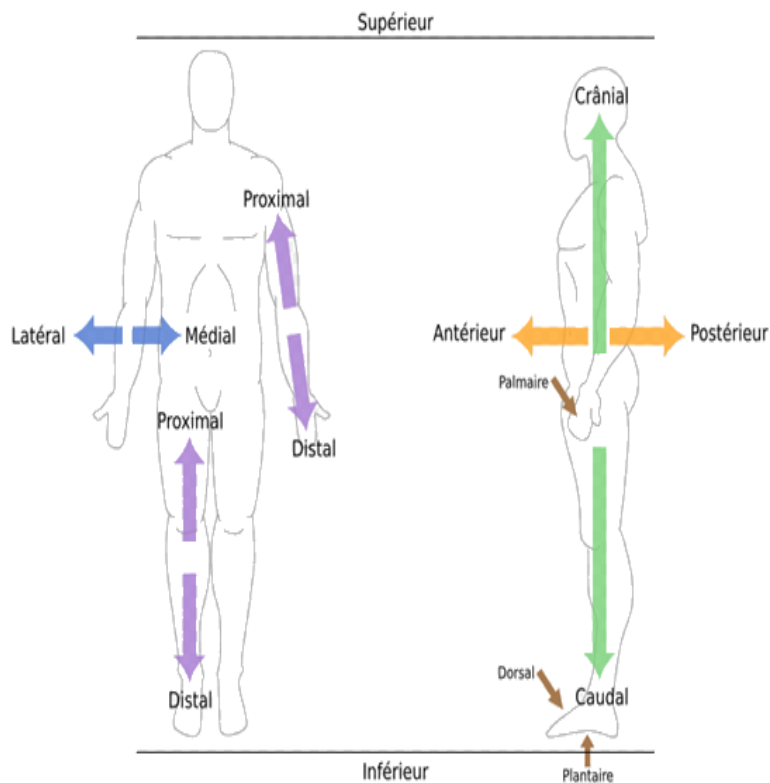
VI.3.1. ORIENTATION ANATOMIQUE

L'observation du corps humain normal se fait dans la position anatomique de référence, en station verticale dès qu'il peut se tenir debout. Les critères sont :

- le sujet vivant dans la position debout, face à l'observateur ;
- les membres inférieurs tendus, les talons unis et les pieds en légère rotation externe ;
- le regard à l'horizontale (plan de Francfort) ;
- les bras pendants le long du corps ;
- les avant-bras et les mains en supination (main ouverte, paume vers l'avant, le pouce vers l'extérieur, les doigts pointant vers le bas) ;
- pour l'homme, le pénis au repos.

Qualificatifs d'orientation : (http://fr.wikipedia.org/wiki/Syst%C3%A8me_de_r%C3%A9f%C3%A9rence_en_anatomie)

- **Crânial** ou **encéphalique** : en direction de la tête ou tout simplement supérieur
- **Caudal** : vers les pieds (inférieur)
- **Latéral** (ou « **externe** ») : loin de la ligne médiane du corps
- **Médial** (ou « **interne** ») : proche de la ligne médiane du corps
- **Médian** : situé sur la ligne médiane du corps (axe cérébro-spinal) ou d'un membre
- **Antérieur** ou **ventral** : qui regarde / est situé vers l'avant
- **Postérieur** ou **dorsal** : qui regarde / est situé vers l'arrière
- **Palmaire** : pour la face antérieure de la main
- **Plantaire** : pour la partie inférieure du pied
- **Dorsal** : pour la face arrière de la main et la face supérieure du pied
- **Proximal** : proche de la racine d'un membre
- **Distal** : proche de l'extrémité d'un membre
- **Superficiel** : proche de la surface ou à la surface du corps
- **Profond** : loin de la surface du corps

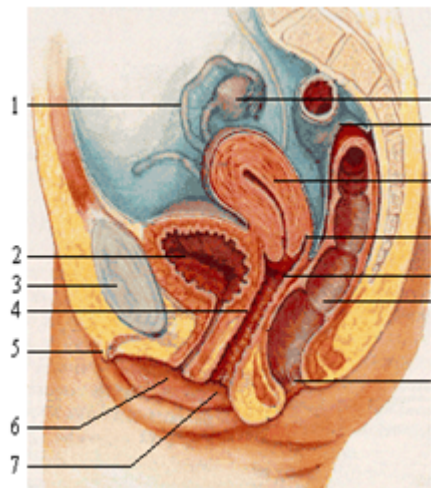


(Source : fr.wikipedia.org/wiki/Anatomie_humaine)

La position d'examen standard des organes génitaux est la position gynécologique (même pour le garçon ou l'homme) : décubitus dorsal, cuisses ouvertes en flexion, jambes en flexion sur les cuisses, mais pour l'homme si le médecin veut avoir l'aise pour le toucher rectal, la victime peut être mise en position de prière mahométane (genu-pectorale).

VI.3.2. LE SEXE FEMININ

Les organes génitaux internes féminins sont représentés par les ovaires, les trompes utérines, l'utérus et le vagin. L'organe génital externe ou vulve comprend le mont du pubis (mont de vénus), les grandes et petites lèvres, les organes érectiles et les glandes vulvaires.



- 1-Trompe de Fallope
- 2-Vessie
- 3-Symphise pubienne
- 4-Ligaments vésico-pubiens
- 5-Clitoris
- 6-Petites lèvres
- 7-Vagin
- 8-Ovaire
- 9-Péritoine sigmoïde
- 10-Utérus
- 11-Cul-de-sac vaginal
- 12-Col de l'utérus
- 13-Rectum
- 14-Anus

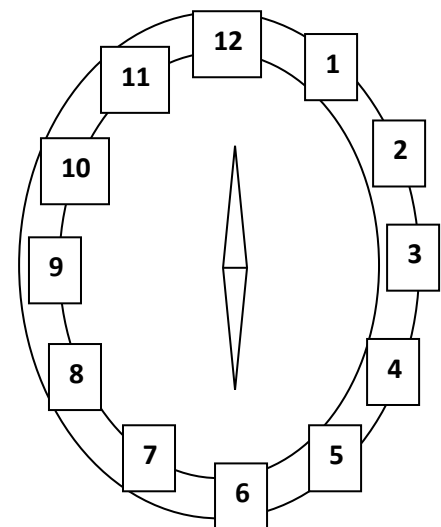
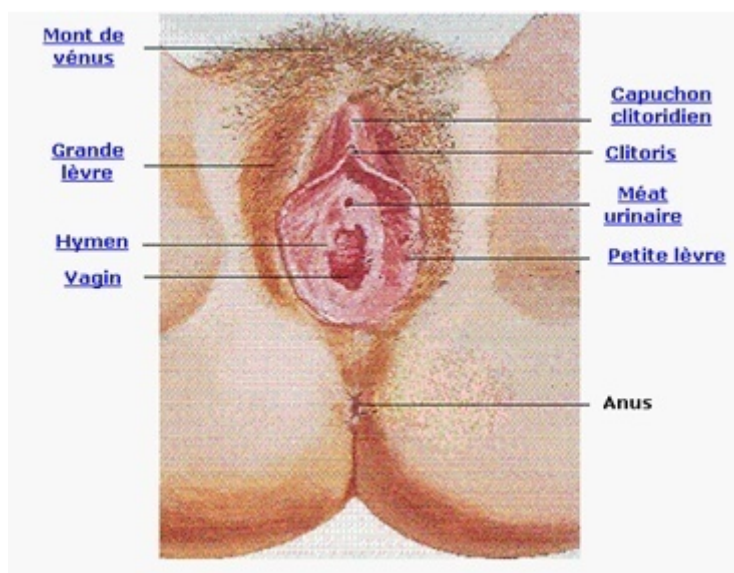


1. Capuchon du clitoris
2. Clitoris
3. Petites lèvres.
4. Méat urinaire
5. Orifice vaginal
6. Raphé du périnée
7. Anus

Coupe sagitale du bassin d'une femme

Vagin et vulve

(Source : fr.wikipedia.org/wiki/Anatomie_humaine)

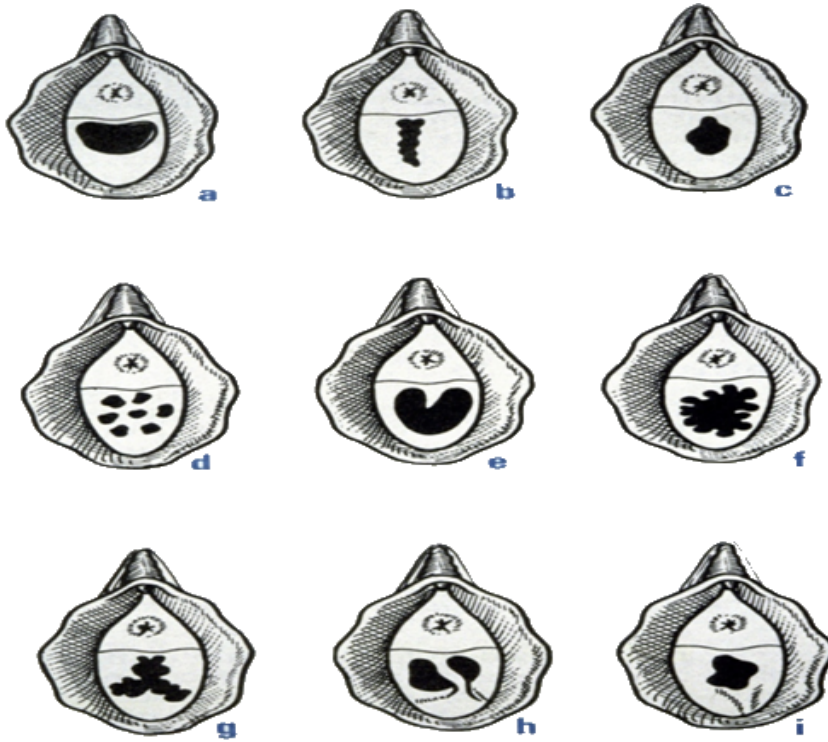


Vulve : grandes et petites lèvres écartées

L'orientation par rapport à l'aiguille d'une montre est conventionnelle pour situer les lésions.

L'hymen, toujours présent chez les filles, est généralement de 3 grands types, avec une prévalence naturelle :

- semi-lunaire : 40%,
- annulaire à bords réguliers : 33%,
- hymen frangé : 17%.



Classification de Simonin et Billard :

a : semi-lunaire ou falciforme

b : labié

c : annulaire

d : cribriforme

e : à languette ou pendentif

f : frangé à bords sinueux

g : lobé (échancrures congénitales)

h : à pont ou à bride

i : en carène, un peu scléreux



Hymen normal



Hymen cribriforme



Hymen après défloration

Remarque :

- Une pénétration vaginale peut ne pas laisser de trace sur un hymen anciennement défloré ou dit « tolérant ».
- L'imperforation hyménale est une malformation très rare. La fréquence est de 1 sur 2000 filles.
- Incidences des lésions gynécologiques traumatiques après pénétration vaginale par viol [24] :

Site	Incidence des lésions (%)	Type de lésion
Fourchette postérieure	70	Lacération, abrasion
Petites lèvres	53	Abrasion, ecchymose
Hymen	29	Ecchymose, lacération
Fossette naviculaire	25	Lacération, abrasion
Col	13	Ecchymose
Vagin	11	Lacération, ecchymose
Région péri-urétrale	9	Ecchymose
Grande lèvres	7	Erythème, abrasion

(Source: De Slaughter L., Brown CRV. Cervical findings in rape victims, Am J Ob Gyn 164: 528, 1991)

VI.3.3. LE SEXE MASCULIN

Pour le garçon, il est utile de remarquer s'il est circoncis ou non c'est-à-dire le prépuce est encore long et peut recouvrir le gland.

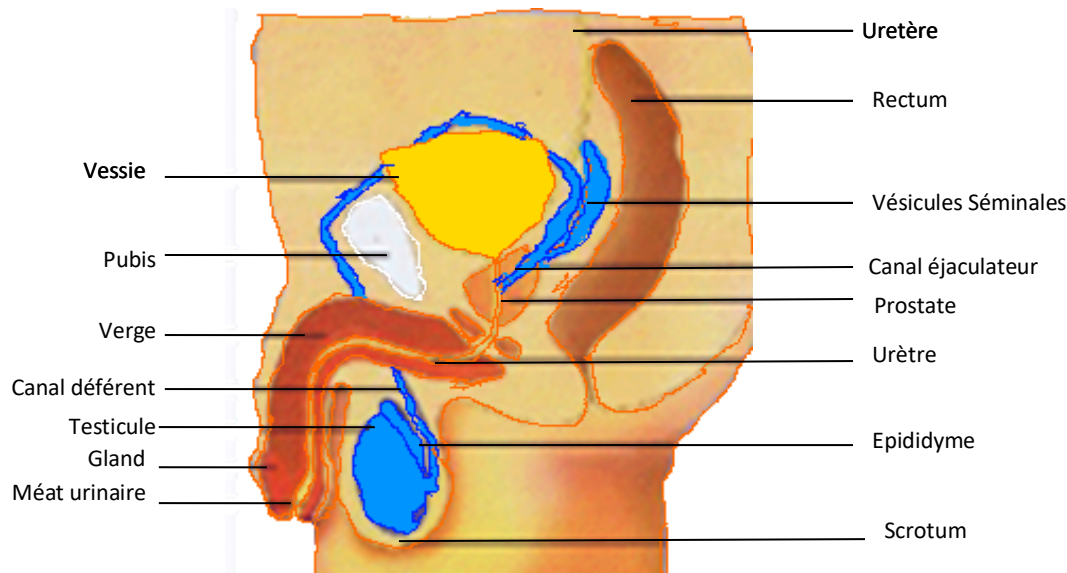
La taille du pénis au repos est de 3 à 15 cm, et en érection il varie de 10 à 20 cm sans être anormal.

La palpation du scrotum doit être faite systématiquement à la recherche d'anomalie des testicules ou des canaux déférents.



Pictogramme pour situer les lésions (à côté : penis non circoncis)[8]

(http://www.snfge.asso.fr/02-Connaitre-maladie/0E-proctologie/faq/proctologie_generalites.htm)



Coupe sagittale du bassin de l'homme

(Source : fr.wikipedia.org/wiki/Anatomie_humaine)

VI.3.4. L'ANUS

L'anus est l'orifice d'évacuation du tube digestif. Il est caractérisé par sa fermeture par deux muscles circulaires : les sphincters interne et externe.

La muqueuse rectale est fragile et perméable aux virus et bactéries. Elle a la propriété (dont tirent parti les suppositoires) d'absorber les substances déposées dans le rectum. En conséquence, elle est un terrain propice aux échanges de maladies sexuellement transmissibles, notamment du sida.

A cause d'une pénétration brutale, l'orifice anal peut présenter une fissure qui est une dilacération de la peau de la muqueuse anale par un excès d'extension.

La région anale est richement innervé, donc très sensible à l'agression ou à une lésion.

L'infection au niveau de l'anus peut être à l'origine d'une fistule qui est une conduite pathologique entre le canal anal et la peau. La fistule peut traverser les sphincters.

L'examen de l'anus est à la recherche de relâchement sphinctérien, de béance anale, de lésions cutanéomuqueuses, de cicatrices anciennes, de prolapsus ou procidence, de varices des veines hémorroïdaires, ...

L'orientation conventionnelle par rapport à l'aiguille d'une montre (6h vers le dos et 12h vers le ventre) est aussi applicable pour situer une anomalie sur l'anus.

[<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/anus-7243/definition.html>]

VI.4. ANNEXE 4 : LES DROITS EN SANTE DE LA REPRODUCTION

Toutes personnes, y compris les victimes de violences sexuelles qu'elles soient réelles ou potentielles, ont droit à la protection et au respect des droits de l'Homme [8, 22, 25].

- **Droit à la Santé** : c'est un droit fondamental de tout individu, le droit d'accéder à un service de santé de qualité. Le service de santé ne doit pas nuire ni culpabiliser les personnes victimes de viol.
- **Droit à la vie, à la liberté, droit à la protection contre les tortures et les traitements inhumains, cruels et dégradants.**
- **Droit à la Dignité Humaine** : le prestataire de santé face à une victime de violence sexuelle doit offrir une assistance médicale équitable, un respect de l'intimité et de la confidentialité. Les prestataires de soins travaillant avec les agents des autres secteurs ne doivent pas divulguer les informations médicales aux membres de la famille sauf accord explicite de la victime, tant qu'elle peut en décider.
- **Droit à la non-discrimination** : l'accès au service de santé ne doit pas discriminer la victime du fait de sa race, ni de son genre, ni de sa couleur, ni de ses origines sociales ni de sa nationalité.
- **Droit à l'Information** : la victime a droit à une information médicale complète et le personnel de santé doit obtenir son accord avant d'intervenir.
- **Droit à l'Auto-détermination** : le prestataire doit fournir le maximum d'informations qui vont permettre à la victime de prendre une décision et avoir un choix éclairé (par exemple, la contraception d'urgence ou l'avortement si la loi le permet).
- **Droit au respect de la vie privée, Droit à la confidentialité** : outre la personne accompagnant la victime, seules les personnes dont l'implication est nécessaire pour prodiguer les soins doivent être présentes pendant l'examen et le traitement médical. Le prestataire doit s'assurer que le local où il prend en charge la victime permet de respecter la confidentialité.
- **Les Droits liés à la santé de la reproduction**, sur la base de l'égalité entre femmes et hommes dont la prise de décision en matière de reproduction, le choix volontaire du conjoint, le mariage consensuel, la sécurité de l'activité sexuelle (droit d'être à l'abri des violences sexuelles et de la contrainte), la détermination du nombre d'enfants, la vie sexuelle satisfaisante - agréable et sans risque, le moment et l'espacement de naissances sans être en butte ni à la discrimination, ni à la coercition ou la violence.

VI.5. ANNEXE 5 : NOTIONS SUR LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE

LA VIOLENCE SEXUELLE :

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence sexuelle comme suit :

Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en s'y limiter, le foyer et le travail » (OMS, 2002) [26].

La coercition vise le recours à la force à divers degrés. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres menaces (par exemple, la menace de blessures corporelles, le renvoi d'un emploi ou la menace de ne pas obtenir un emploi recherché). La violence sexuelle peut survenir alors que la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement parce qu'elle est ivre, droguée ou incapable mentalement de comprendre la situation.

Il s'agit donc d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique, et à la sécurité de la personne [17].

On parle d'agression sexuelle lorsque ces expressions sont utilisées : Abus sexuel, infraction sexuelle, attouchements non désirés, inceste, prostitution juvénile, pornographie juvénile, viol.

A noter qu'il existe des formes de violences constitutives de circonstances aggravantes dont :

- L'inceste c'est-à-dire l'existence d'un lien particulier avec la victime (lien de sang ou d'autorité),
- Le viol sur mineur,
- L'existence ou non de violences associées...

VI.5.1. LE TERME GENRE et SEXE

Le Sexe : se réfère aux **différences** biologiques qui existent entre les femmes et les hommes et à la différence corrélative entre leurs fonctions procréatives.

Il décrit les caractéristiques biologiques immuables et universelles des femmes et des hommes. Pour les femmes, la grossesse et l'allaitement sont les seules activités déterminées par leur appartenance biologique au sexe féminin.

Le Genre : a trait, non à la différence organique, mais à la **construction** sociale et culturelle qui détermine la relation entre les hommes et les femmes (par exemple : époux / épouse), mais aussi entre les femmes et les femmes (mère/fille) et entre les hommes et les hommes (père/fils) [17].

VI.5.2. VIOLENCE BASEE SUR LE GENRE

La violence a un sens large et complexe et peut être abordée de différents points de vue et selon les approches d'interprétation. Elle peut être physique, psychique mais aussi socioculturelle.

Les causes de la violence à l'égard des femmes ont été étudiées sous diverses perspectives, notamment le féminisme, la criminologie, le développement, les droits de l'homme, la santé publique et la sociologie [27].

La Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993), définit la violence à l'égard des femmes comme : *“ tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée”*.

La même déclaration signale que la violence à l'égard des femmes traduit « *des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercées par les premiers et freiné la promotion des secondes* ».

Six principaux types de VBG ont été distingués pour permettre la collecte de données et l'analyse de statistiques sur la VBG. Ils ne devraient être employés qu'en rapport avec la VBG, même si certains peuvent s'appliquer à d'autres formes de violence qui ne sont pas basées sur le genre [9, 27].

1. **Viol** : pénétration vaginale (même superficielle), anale ou buccale sans consentement (même superficielle), à l'aide du pénis ou d'une autre partie du corps. S'applique également à l'insertion d'un objet dans le vagin ou l'anus.
2. **Agression sexuelle** : toute forme de contact sexuel sans consentement ne débouchant pas ou ne reposant pas sur un acte de pénétration. Entre autres exemples : les tentatives de viol, ainsi que les baisers, les caresses et les attouchements non désirés aux parties génitales ou aux fesses.
3. **Agression physique** : Violence physique n'étant pas de nature sexuelle. Entre autres exemples : coups, gifles, strangulation, coupures, bousculades, brûlures, tirs ou usage d'armes, quelles qu'elles soient, attaques à l'acide ou tout autre acte occasionnant des douleurs, une gêne ou des blessures.
4. **Mariage forcé** : Mariage d'une personne contre sa volonté.
5. **Déni de ressources, d'opportunités ou de services** : déni de l'accès légitime à des ressources/actifs économiques ou à des opportunités de subsistance, et à des services éducatifs, sanitaires ou autres services sociaux. On parle de déni de ressources, d'opportunités et de services, par exemple, lorsqu'on

empêche une veuve de recevoir un héritage, lorsque les revenus d'une personne sont confisqués de force par son compagnon intime ou un membre de sa famille, lorsqu'une femme se voit interdire l'usage des moyens de contraception, lorsqu'on empêche une fille d'aller à l'école, etc. Les cas de pauvreté générale ne devraient pas être pris en compte.

6. Violences psychologiques / émotionnelles : Infliction de douleurs ou de blessures mentales ou émotionnelles. Entre autres exemples : menaces de violence physique ou sexuelle, intimidation, humiliation, isolement forcé, poursuite, harcèlement verbal, attention non souhaitée, remarques, gestes ou écrits de nature sexuelle et/ou menaçants, destruction de biens précieux, etc... [27] (voir aussi, la rubrique LEXIQUES).

VI.5.3. LES DIFFERENTES FORMES DE LA VIOLENCE SEXUELLE

Les formes (allant du rapport sexuel forcé à l'exploitation sexuelle en passant par des traditions dommageables) que revêt la violence sexuelle ainsi que les contextes (divers milieux en temps de paix, situations de conflits armés) dans lesquels elle s'exerce sont multiples et variés. Elle concerne tous les individus quel que soit leur sexe ou leur âge. Ce polymorphisme autorise à parler des violences sexuelles [27].

Les différentes formes de violences sexuelles sont :

- le viol,
- les agressions sexuelles sans contact,
- la prostitution forcée et la traite des êtres humains à des fins sexuelles,
- les violences sexuelles liées aux us et coutumes.

Elles peuvent être commises à l'égard :

- des femmes,
- des hommes,
- des enfants (garçons et filles),
- des groupes vulnérables (adultes et enfants, de sexe féminin ou de sexe masculin : en situation d'handicap physique et personnes malades, en situation d'handicap mental, enfants, personnes âgées).

a) LES FORMES DE VIOLENCE SEXUELLE A L'EGARD DES FEMMES

La violence contre les femmes est un problème majeur de santé publique dans le monde entier. Elle englobe, sans y être limitée, les formes suivantes [27] :

- La violence physique, sexuelle et psychologique au sein de la famille, comprenant les coups, les sévices sexuels à l'égard des enfants de sexe féminin, le viol conjugal, les mariages forcés et

autres pratiques préjudiciables à la femme, la violence non conjugale, la partialité en faveur des enfants de sexe masculin sur la répartition des tâches ménagères et la violence liée à l'exploitation.

- La violence physique, sexuelle et psychologique au sein de la collectivité, y compris les viols, les sévices sexuels, le harcèlement et l'intimidation au travail, le proxénétisme et la prostitution forcée.
- La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'Etat, où qu'elle s'exerce.

b) VIOLENCE SEXUELLE A L'EGARD DES ENFANTS

La violence sexuelle ou maltraitance sexuelle commis sur un enfant est englobé dans ce qu'on appelle les abus sexuels [4, 6, 7].

La notion d'abus sexuel est large et comprend plusieurs sortes de comportement :

- **Sans le contact** entre l'abuseur et l'enfant : tel le fait de montrer ses organes sexuels à l'enfant (*exhibitionnisme*) ; le fait de prendre plaisir à regarder un enfant nu (*voyeurisme*) ; le fait de faire assister l'enfant à des actes de masturbation ou de scènes pornographiques ; ...
- **Avec un contact** entre l'abuseur et l'enfant : tel le fait de toucher les organes sexuels de l'enfant (*attouchement sexuel*) ; le fait de caresser les parties intimes de l'enfant (les seins, les cuisses, les organes sexuels) en vue d'en tirer un plaisir sexuel ; ...
- **Viol** : tel que forcer l'enfant à faire une relation bucco-génitale ; ou avoir une pénétration vaginale ou anale (du sexe ou tout autre instrument), ou obliger l'enfant à avoir des relations sexuelles avec une autre personne ou un animal ; ...

La tentative de viol est punissable des mêmes peines que le crime pleinement réalisé.

Lorsque l'abus sexuel se trouve dans le cercle familial, il s'agit d'un **inceste**. L'article 335.3 de la loi 2007-038 du 14 janvier 2008 modifiant et complétant certaines dispositions du Code pénal mentionnant que « Tout rapport sexuel entre parents ou alliés jusqu'au 3^e degré inclus, en ligne directe ou collatérale, dont le mariage est prohibé par la loi ou tout abus sexuel commis par le père ou la mère ou tout autre ascendant ou **une personne ayant autorité parentale sur l'enfant** est qualifié d'inceste ». Un abus sexuel commis en échange de contrepartie est une **exploitation sexuelle** des enfants à des fins commerciales : tel la prostitution ; le tourisme sexuel impliquant les enfants ; les mariages précoces ; la pornographie mettant en scène des enfants ; la vente d'enfants ou traite (trafic) d'enfants à des fins d'exploitation sexuelle [4, 7].

LEXIQUES

Harcèlement sexuel :

Il peut être perpétré par employeurs, superviseurs ou collègues, recruteurs, toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle. Il est présenté comme une condition d'emploi et/ou crée un environnement de travail intimidant, hostile ou choquant [12, 27].

Il peut prendre plusieurs formes:

- Toute avance sexuelle malvenue, généralement répétée et sans réciprocité ;
- attentions sexuelles non sollicitées ;
- demande d'accès ou de faveurs sexuelles ;
- allusion sexuelle ou autre comportement verbal ou physique de nature sexuelle ;
- exhibition de documents pornographiques.

Viol et viol conjugal :

Pénétration de toute partie du corps de la victime ou de l'auteur par un organe sexuel, ou de l'orifice anal ou génital de la victime par tout objet ou toute autre partie du corps par la force, la menace de la force, la coercition, la mise à profit d'un contexte coercitif, ou à l'encontre d'une personne incapable de donner un consentement authentique (Cour pénale internationale), perpétré par toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, y compris le mari, le partenaire intime ou la personne en charge de la victime [27].

Abus sexuel, souillure et inceste à l'encontre des enfants :

Tout acte dans lequel un enfant est utilisé à des fins de gratification sexuelle. Toute relation/interaction sexuelle avec un enfant. Perpétré par une personne en qui l'enfant a confiance, y compris un parent, un frère, un membre de la famille élargie, un mari ou un étranger, enseignant, aîné, dirigeant ou toute autre personne en charge de la victime, toute personne en position de pouvoir, d'autorité et de contrôle sur l'enfant [12, 27].

Sodomie forcée / viol anal :

Relations anales imposées par la force ou la contrainte, généralement d'un homme à un homme ou d'un homme à une femme. Perpétrée par Toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle [27].

Abus sexuel :

Pénétration physique réelle ou menace de pénétration physique de nature sexuelle, incluant les attouchements déplacés, effectués de force ou dans les conditions de rapports inégaux ou de coercition. Auteur possible : Toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, membre de la famille/communauté, collègue de travail, y compris les superviseurs, étrangers [27].

Mutilations génitales féminines :

Ablation partielle ou totale, élongation des organes génitaux féminins ou encore, introduction de substances corrosives, pour des raisons culturelles. Perpétrées par Praticiens traditionnels, appuyés, tolérés ou assistés par la famille, la communauté entière, etc... [27].

Pédophilie :

Attirance sexuelle des adultes vers les très jeunes enfants ou entretien des rapports sexuels entre adultes et très jeunes enfants. Perpétrée par Adultes de deux sexes [12, 27].

Violence sexuelle en tant qu'arme de guerre et de torture :

Crimes contre l'humanité de nature sexuelle, incluant le viol, l'esclavage sexuel, l'avortement ou la stérilisation forcés ou toute autre forme de prévention des naissances, la grossesse forcée, l'accouchement forcé et l'éducation forcée entre autres. Commise, sanctionnée et commandée par des militaires, des policiers, des groupes armés ou d'autres parties en conflit [22].

La violence sexuelle en tant que forme de torture :

Est définie comme tout acte sexuel ou menace de nature sexuel par lesquels une forte douleur mentale ou physique est provoquée pour obtenir des informations, une confession ou une sanction de la victime ou d'une tierce personne, pour intimider la victime ou une tierce personne ou pour détruire, en tout ou partie, un groupe national, ethnique, racial ou religieux. Souvent commis, sanctionnés et commandés par des militaires, des policiers, des groupes armés ou d'autres parties en conflit [22].

VI.6. ANNEXE 6 : LES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES A MADAGASCAR

Madagascar a ratifié des Conventions Internationales qui l'invitent à faire accomplir à sa politique de santé des progrès tangibles. On peut citer, dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, l'article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment... les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires... »

VI.6.1. LE CODE PENAL MALAGASY

Les textes juridiques en vigueur à Madagascar concernant les violences sexuelles / violences basées sur le genre, à partir des attentats aux mœurs, commencent par la section IV, du chapitre premier « Des crimes et autres délits contre les personnels » du Titre II « Crimes et délits contre les particuliers » du Code Pénal Malagasy. A partir de l'article 330 (loi n°98-024 du 25/01/99) jusqu'à l'article n°340 inclus, et par extension sur les violences envers les enfants, la section VI « Crimes et délits envers les mineurs et la famille. (Art.345 à Art.357). Ces articles mentionnent les définitions légales des types d'infractions, leurs éléments matériels constitutifs et les sanctions pénales correspondantes [4].

Nous présentons dans le tableau suivant un extrait du livret « Législation malagasy et la maltraitance à l'encontre des enfants » [7].

Types d'infraction	Eléments matériels constitutifs des infractions	Sanctions pénales
Attentat à la pudeur (Art.331 / 332 CP)	Actes d'attouchement sur les organes génitaux ou intimes d'une autre personne (homme ou femme). NB : L'attentat à la pudeur est établi même sans violence lorsqu'il est commis sur un enfant de moins de 14 ans	Emprisonnement de 5 à 10 ans + amende de 2.000.000 Ar à 10.000.000 Ar si l'attentat à la pudeur est consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe âgé de moins de 14 ans (Art.331). Sera puni de la peine mentionnée ci-dessus, l'attentat à la pudeur commis par tout ascendant sur la personne d'un mineur de vingt-et-un ans, même âgé de plus de 14 ans, mais non émancipé par le mariage (Art.331). Travaux forcés à temps si l'attentat à la pudeur est consommé ou tenté avec violence contre un enfant au dessous de l'âge de 15 ans (Art.332).

Types d'infraction	Eléments matériels constitutifs des infractions	Sanctions pénales
Viol ou tentative de viol (Art.332 CP)	Acte ou intention de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit commis sur une personne par violence, contrainte, menace ou surprise. Pénétration : vaginale, anale, buccale,... Moyen : sexe ou autre instrument. Genre : homme ou femme (fille ou garçon)	Travaux forcés à temps si le viol est commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis. Dans les autres cas, le viol ou la tentative de viol sera puni de cinq à dix ans d'emprisonnement (Art.332/al-2).
Enlèvement et détournement (Art.354/355/356 CP)	Détourner ou enlever une personne de moins de 21 ans, garçon ou fille – par fraude, violence ou non – du lieu où elle est sensée être légalement placée par une personne qui avait compétence ou autorité sur elle. Le détournement de mineur n'implique pas forcément une relation sexuelle. En effet, il suffit pour un homme de garder chez lui un mineur au moment où ce dernier doit être à l'école pour que l'infraction soit constituée.	Emprisonnement de 5 à 10 ans (Art.354). La tentative du délit prévue au présent article sera punie comme le délit. Si le mineur ainsi enlevé ou détourné est âgé de moins de 15 ans, la peine sera celle des travaux à perpétuité. La peine sera appliquée, quel que soit l'âge du mineur, si le coupable s'est fait payer ou a pour but de se faire payer une rançon par les personnes sous l'autorité ou la surveillance desquelles le mineur était placé. La peine sera celle des travaux forcés à temps, si le mineur est retrouvé vivant avant qu'ait été rendu l'arrêt de condamnation. L'enlèvement emportera la peine de mort s'il a été suivi de la mort du mineur (Art.355). Celui qui, sans fraude ni violence, aura enlevé ou détourné, ou tenté d'enlever ou de détourner, un mineur de moins de 18 ans, sera puni d'un emprisonnement de 2 à 5 ans et d'une amende de 100.000Ar à 900.000Ar. Lorsqu'une mineure ainsi enlevée ou détournée aura épousé son ravisseur, celui-ci ne pourra être poursuivi que sur la plainte des personnes qui ont qualité pour demander l'annulation du mariage et ne pourra être condamné qu'après que cette annulation aura été prononcée (Art.365).

L'Enfant est défini comme « Tout être humain de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable » - Article 1, CIDE, nov.1989.

A Madagascar la loi définit et fixe :

- Un enfant comme tout être humain de moins de dix huit ans (Art. 333. CP) [4],

- La majorité civile à 21 ans, sauf en cas d'émancipation par le mariage ou par l'exercice d'une activité permettant à l'individu de vivre de façon indépendante,
- La majorité matrimoniale à 18 ans.

Pour la majorité sexuelle, ce concept n'est pas évoqué dans la loi malagasy, il appartient aux juges de la déterminer à 14 ou 15 ans [4].

Dans le cas de maltraitance sexuelle, le fait que l'enfant ne s'oppose pas à l'abuseur ne veut pas dire qu'il est consentant. La législation malagasy ne prévoit pas d'âge minimum pour le consentement à des relations sexuelles. Cet âge est présumé à 15 ans dans l'Article 332 du CPM [4].

VI.6.2. LA LOI N° 2007-023 DU 20 AOÛT 2007 portant protection des enfants

Cette loi porte sur les droits et la protection des enfants. Dans le cadre de la maltraitance d'un enfant, dont fait partie les abus sexuels et les viols, les articles 66, 67 et 68 mentionnent le devoir de l'Etat de protéger l'enfant contre toutes formes de maltraitance, la définition légale de la maltraitance et les sanctions y afférentes.

En plus, la section 1 de ce chapitre « Protection de l'enfant en cas de maltraitance parle du signalement ». Article 69 dispose que : « Toute personne, ..., les travailleurs sociaux, le personnel médical, ayant connaissance d'une maltraitance, tentée ou consommée, à l'encontre d'un enfant, **doivent signaler** les autorités administratives ou judiciaires compétentes sous peine de sanction prévues par l'article 62 al.1 du code pénal ».

En cas de découverte de signe de maltraitance chez un enfant, le personnel médical est tenu de dresser un rapport médico-légal. Et pour cela il n'est pas lié au secret professionnel.

VI.6.3. LE DECRET n°2009-1441 DU 31 DECEMBRE 2009 portant Régime général des frais de justice pénale et assimilés

Ce décret, modifiant le décret n° 62-314 du 28 juin 1962, régit la procédure de prise en charge des dépenses juridictionnelles en matière pénale, civile et commerciale par ce que l'on appelle, les FJPA ou Frais de Justice Pénale et Assimilés.

Chaque fois qu'un médecin est requis par les autorités judiciaires (OSPJ/OPJ) à faire des constatations, examens ou analyse avec dépôt de rapport, les honoraires et les dépenses y afférentes sont éligibles au titre des FJPA.

Les opérations concernées sont :

- **La médecine légale** : L'examen somatique, - l'examen d'un malade ou d'un blessé (ou victime d'agression), - l'autopsie.
- **La toxicologie,**
- **La biologie,**

- La radiographie / imagerie,
- Le frais de voyage Aller+Retour,
- L'indemnité de déplacement temporaire, pour un voyage à plus de 20km du lieu de résidence,
- Et tout autre débours reconnu indispensable (exemple : transport de pièces à conviction, transport coûteux, ...), remboursable sur production de pièces justificatives.

Le tableau suivant montre le taux fixé par ce décret :

Chapitre II – DES EXPERTS ET INTERPRETES

Articles 13 au 25 :

Titre	Nature des dépenses	Montant (en Ar.) Valeur 2009
b. Médecine Légale		
	1. Pour une visite judiciaire comportant un ou plusieurs examens de malade ou de blessé avec dépôt de rapport	15.000,00
	2. Pour autopsie avant inhumation	70.000,00
	3. Pour autopsie après exhumation ou autopsie du cadavre en état de décomposition avancée	90.000,00
	4. Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation	35.000,00
	5. Pour autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie d cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée	50.000,00
	6. Pour examen mental	33.000,00
c. Toxicologie		
	1. Pour recherche et dosage d'oxyde de carbone dans l'air ou dans le sang	11.000,00
	2. Pour détermination du coefficient d'intoxication oxycarbonique	27.000,00
	3. Pour analyse des gaz contenus dans le sang	29.000,00
	4. Pour rechercher et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans une substance ou dans un organe autre que les viscères	15.000,00
	5. Pour rechercher et dosage d'un élément toxique minéral ou de l'acide cyanhydrique dans les viscères	27.000,00
	6. Pour recherche avec essais physiologiques dans une substance ou dans un organe autre que les viscères d'un alcaloïde courant	15.000,00
	7. Pour recherche dans les viscères avec essai physiologique d'un des alcaloïdes courants	29.000,00
d. Biologie		
	Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis pour une caractérisation de produits biologiques dans les cas simples, notamment :	
	1- recherche de sperme et de sang	13.000,00
	2- pour la recherche du sang avec caractérisation du sang sur tous objets avec préparation d'un sérum anti-homme	29.000,00

VI.6.4. Décret n° 98-945 du 04 novembre 1998 portant CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

En matière de prise en charge des victimes de violences sexuelles, les médecins doivent connaître quelques articles du code de déontologie médicale. Des extraits sont copiés textuellement pour éviter l'erreur d'interprétation [29]:

Article 4- Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin sauf dérogations établies par la loi et les règlements.

Article 7- Le médecin doit soigner avec la même conscience tous les malades, quels que soient leur condition, leur nationalité ou ethnie, leur religion, leur réputation ou les sentiments qu'ils lui inspirent.

Article 99- Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer de sa mission la personne qu'il doit examiner.

Article 100- ...Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir les réponses aux questions posées dans la décision qui l'a nommé.

Hors de ces limites, le médecin expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

Article 101- La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance constitue une faute professionnelle grave pouvant être traduite devant la juridiction de l'ordre des Médecins ou devant le Tribunal correctionnel.

VI.6.5. LOI n°2011-002 portant Code de la Santé

Cette loi remplace l'Ordonnance n° 62.072 du 29 Septembre 1962 portant codification des textes législatifs concernant la Santé Publique [30].

Le Code de Santé Publique statue surtout des modalités pratique de l'exercice de l'art médical. Ce texte de référence professionnelle datait de 1987 et a fait l'objet d'une mise à jour. Quelques lignes sont intéressantes à connaître, dont l'obligation de déférer aux réquisitions et le droit à rémunération par l'autorité requérante.

Article 75.- Tout membre issu des Corps médical, paramédical et tout autre agent de santé sans exception, habilité à exercer son art, est tenu de déférer aux réquisitions légalement délivrées par l'autorité publique pour exécuter des actes en rapport avec sa spécialité. Dans ce cas, les interventions ouvrent le droit à une rémunération suivant les dispositions du Droit Syndical et payée par l'autorité requérante.

Article 331.- Tout individu qui refuse de déférer aux réquisitions d'urgence, à lui adressées, par un agent qualifié en sa qualité d'autorité publique ; telles que stipulées par l'article 75 du présent Code, est puni d'une amende de 4.000.000 Ariary à 9.000.000 Ariary (valeur 2011) et d'un emprisonnement de six mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement.

Spécialement pour la protection de l'enfant :

Article 265.- Les règles suivantes, consacrant l'intérêt supérieur de l'enfant eu sein de la société, contenues dans les Conventions Internationales et dans le Droit National assurent la protection et la sauvegarde de l'intégrité physique et morale de l'enfant :

... l'Etat protège l'enfant et les adolescents contre toute forme de violences, d'atteintes ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, y compris l'abus, la violence et l'exploitation sexuelle que la loi punit sévèrement. Dans cette perspective, le Code Pénal malagasy protège l'enfant contre l'infanticide, les atteintes physiques aux enfants mineurs, les violences ou privations affectant gravement la santé ou l'intégrité physique d'un enfant ; ...

VI.6.6. LES DEROGATIONS AUX SECRETS PROFESSIONNELS

Le tableau suivant montre un résumé des circonstances objets de dérogations aux secrets professionnels [24]:

DEROGATIONS LEGALES		JURISPRUDENCE
Déclarations obligatoires	Permissions de la loi	
- Naissance - Décès - Les maladies à déclarations obligatoires - Internement : hospitalisation sur demande d'un tiers, hospitalisation d'office - Alcooliques présumés dangereux - Incapables majeurs- - Accident du travail et maladies professionnelles - Indemnisation de personnes contaminées par le VIH par transfusion - Dopage - Risques pour la santé humaine	- Mauvais traitements infligés à un mineur de moins de 18 ans ou à une personne incapable de se protéger (ex : handicapé) - Sévices permettant de présumer de violences sexuelles - Recherches dans le domaine de la santé - Evaluation d'activité dans les établissements de santé - Dangersité d'un patient détenteur d'une arme à feu	- Rente viagère - Testament - Assurance-vie - Réquisition - Expertise

Pour les mineurs ou les personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique **un signalement est obligatoire** quels que soient les sévices (physiques, sexuels) aux autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Pour les autres (majeurs) **un signalement est possible avec l'accord de la victime** quels que soient les sévices (physiques, sexuels) au Procureur de la République.

VI.6.7. LA MEMOIRE DE FRAIS

Selon le DECRET N°2009-1441 portant régime général des frais de justice pénale et assimilés,
CHAPITRE II relatif aux EXPERTS ET INTERPRETES, Section I, Règles générales ^[19, 29, 30]

Art. 15 - Lorsque les experts et les interprètes se déplacent à plus de 20 kilomètres de la commune de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage qui est déterminée comme il est dit à l'article 31. Toutefois, le remboursement pourra être fait au tarif de la première classe.

Art. 16 - Il est alloué, en outre, aux experts, si le lieu de transport est situé à une distance de plus de 20 kilomètres de la commune de leur résidence, une indemnité de déplacement temporaire au taux prévu pour les fonctionnaires du groupe II en mission. Les experts et les interprètes qui reçoivent un traitement quelconque d'une administration publique percevront la même indemnité.

Art. 17 - Lorsque les experts ou les interprètes sont entendus, soit devant les cours ou tribunaux, soit devant les magistrats instructeurs, à l'occasion de la mission qui leur est confiée, ils ont droit aux indemnités prévues aux articles 15 et 16 ci-dessus.

Art. 19 - Les experts et les interprètes ont droit, sur la production des pièces justificatives, au remboursement des frais de transport des pièces à conviction et de tous autres débours reconnus indispensables.

Toujours dans le même Décret, Section II, Dispositions spéciales :

Art. 21 - Il est alloué des honoraires à chaque expert désigné conformément aux lois et règlements sur la répression des fraudes en matière commerciale pour l'analyse de chaque échantillon, y compris les frais de laboratoire.

Art. 22 - Il est alloué à chaque médecin ou expert régulièrement requis ou commis des honoraires.

Art. 23 - La taxe sera établie conformément au présent décret, en vue de la liquidation ultérieure des frais de procédure. Mais, il ne sera délivré exécutoire que pour la moitié revenant à l'expert lorsque le paiement est fait par le greffier sur les sommes consignées par la partie civile pour frais de procédure ; le mémoire est remboursé intégralement, toutefois, une copie est transmise par les soins du procureur de la république à l'ordonnateur qui émet un ordre de recettes au profit du budget général pour la moitié des émoluments.

La mémoire de frais doit mentionner :

- Nom, qualité et fonction du prestataire ;
- Information sur la réquisition : la nature (réquisition à personne qualifiée ou ordonnance pour commettre un expert, ...), la référence de la lettre et la date, et l'autorité judiciaire requérante.
- L'objet de la mesure sollicitée,
- Frais engagés : honoraire + frais de déplacement + indemnité de séjour
- Arrêtage de la mémoire de frais,
- Date et signature du prestataire.

Les pièces à joindre :

- 1 exemplaire **original** de la Mémoire de frais,
- Rapport d'Expertise Médico-Légale,
- Les pièces justificatives des dépenses (frais de transport, ...)
- La copie de la lettre de réquisition

Les dossiers constitués seront reproduits en trois exemplaires et adressés à l'autorité judiciaire :

- 1 exemplaire pour archive au niveau de l'OPJ
- 1 exemplaire pour traitement au niveau du service de comptabilité du Parquet
- 1 exemplaire à envoyer au Trésor Public

Un dossier sera remis par l'OPJ au service de comptabilité du Parquet qui délivrera au médecin son numéro de référence du transfert.

CIRCUIT :

- ➔ Le prestataire effectue l'obligation objet de la lettre de réquisition, dresse et envoie le rapport et la Mémoire de frais auprès du Tribunal (adressé à Monsieur le Procureur),
- ➔ Le greffier ou le Juge prescripteur vérifie le montant et la nature de ce mémoire,
- ➔ Le mémoire arrive au procureur qui formalise le réquisitoire avec le montant exact,
- ➔ Le mémoire est transmis au Président du Tribunal qui formalise l'exécutoire (vérification du montant et de la nature),
- ➔ Le Trésor vérifie l'authenticité des pièces, le caractère de la dépense, le calcul des montants, et procède au paiement.
- ➔ Un bon de caisse « hors mécano » sera fourni à l'intéressé pour encaisser le montant au Trésor Public.

FORME DE REDACTION D'UNE MEMOIRE DE FRAIS



[En-tête de la formation sanitaire]

MEMOIRE DE FRAIS DE JUSTICE CRIMINELLE

Dues à Dr, Médecin Diplômé d'Etat, *fonction*.....
pour procéder à l'expertise médico-légale de (*Nom de la victime, âge, adresse*),
dans le but de déterminer (*l'objet de la lettre de réquisition*).....
suivant lettre de réquisition N°..... en date du, émise par Mr..... (l'OPJ)
..... Officier de Police Judiciaire.

Frais engagés :

- Honoraire :Ar
- Frais de déplacement :Ar

Total :Ar

Arrêtée la présente mémoire de frais à la somme deAr (*en toutes lettres*).....Ariary.

Fait à....., *Date*.....

Cachet et signature

VI.7. ANNEXE 7 : LES INTRANTS MEDICAUX

A part les médicaments et consommables médicaux cités dans la liste des fournitures utiles à l'assistance des victimes de violence sexuelle dans une structure sanitaire, nous présentons les médicaments des IST classiques et les antirétroviraux selon les protocoles nationaux de prise en charge.

VI.7.1. LES MEDICAMENTS DES IST

Selon l'approche syndromique

- **Pour le Traitement des ulcérations génitales** [16, 28]

Genicure® : Ciprofloxacine + Benzathine Pénicilline + eau PPI (solvant) ;

Kit composé de : 6 comprimés de Ciprofloxacine à 500mg + 1 flacon poudre injectable de Benzathine Pénicilline à 2,4 MUI + 7 préservatifs en latex + nécessaires pour injection (aiguilles 21G et 18G pour IM, compresses alcoolisées, seringue 10ml)

Posologie : 1 comprimé de Ciprofloxacine à 500mg par jour pendant 6 jours + Benzathine Pénicilline à 2,4 MUI en IM

- **Pour le Traitement des écoulements génitaux** [16, 28]

Cefixime 200 mg, 2 comprimés en une prise + Doxycycline 100mg,

Posologie : 1 comprimé matin et soir pendant 7 jours + 7 préservatifs.

Les autres médicaments essentiels préconisés dans la prise en charge des IST qui sont disponibles à la PhaGDIs :

- Amoxicilline 500 mg gélule
- Benzathine Pénicilline 2 400 000 UI, poudre injectable
- Ciprofloxacine 500 mg comprimé
- Cotrimoxazole 480 mg comprimé
- Doxycycline 100 mg comprimé
- Erythromycine 500 mg comprimé
- Gentamycine 80 mg injectable
- Métronidazole 250 mg comprimé
- Pénicilline procaine 1000 000 UI injectable
- Tétracycline 250 mg gélule

Selon la politique de l'élimination de la syphilis congénitale

Benzathine Pénicilline 2 400 000UI, poudre injectable

Pour un adulte : 2 400 000 UI par semaine en intra musculaire pendant trois semaines successives.

Médicaments des infections opportunistes [28]

- Aciclovir 200 mg comprimé, 500 mg injectable
- Acide Ascorbique 500 mg comprimé
- Acide Folinique 25 mg comprimé
- Albendazole 400 mg comprimé
- Amitriptyline 25 mg comprimé
- Amoxicilline + acide clavulanique 500 mg/125 mg comprimé, 1 g/200 mg injectable
- Amphotéricine B 50 mg injectable et sirop 100 mg/ml

- Atovaquone 500 mg comprimé et suspension
- Azithromycine 500 mg comprimé
- Ceftriaxone 500 mg injectable
- Ciprofloxacine 500 mg comprimé
- Clarithromycine 500 mg comprimé
- Clindamycine 75 mg, 150 mg gélule
- Clomipramine 25 mg comprimé
- Clonazepam 1 mg injectable
- Diazepam 10 mg injectable
- Erythromycine 500 mg comprimé
- Ethambutol 400 mg comprimé
- Fluconazole 50 mg, 200 mg gélule
- Ganciclovir 500 mg injectable
- Isoniazide 150 mg comprimé
- Hydrocortisone 500 mg injectable
- Ibuprofène 400 mg comprimé
- Méthyl prednisolone 40 mg injectable

VI.7.2. ANTIRETROVIRAUX UTILISES A MADAGASCAR SELON LE PROTOCOLE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH [28]

Liste et présentations

Dénomination Commune Internationale (DCI)	Forme et présentation
Abacavir (ABC)	Comp. 300mg; Sol. buv. 20 mg/ml
Didanosine (DDI)	Comp. 250mg et 400mg ; Susp. buv. 2 g, 237 ml
Efavirenz (EFV ou EFZ)	Comp. 600mg; Sol. buv. 50mg/5ml
Lamivudine (3TC)	Comp. 150mg et 300mg ; Sol. buv. 50mg/5ml
Lamivudine / Zidovudine (3TC / AZT)	Comp. 150mg/300mg
Lopinavir / Ritonavir (LPV / R)	Comp. 200mg/50 mg; Sol. buv. (80+20) mg/ ml
Nevirapine (NVP)	Comp. 200mg; Sol. buv. 50mg/5ml
Tenofovir (TDF)	Comp. 300mg
Tenofovir / Emtricitabine (TDF / FTC)	Comp. 300mg / 200 mg
Zidovudine (ZVD ou AZT)	Comp. 300mg; Sol. buv. 10 mg/ml

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH A MADAGASCAR [15, 28]

I. Traitement antirétroviral chez l'adulte

• Cas général

<i>ARV de 1ère ligne (2INTI + INNTI)</i>	<i>ARV de 2ème ligne (2 INTI + IP) 2 INTI différents 1ère ligne</i>
1er choix : (AZT+3TC)* + NVP	1er choix : ABC + TDF + LPV/R
2ème choix : (TDF+FTC)* + EFV	2ème choix : ABC + DDI + LPV/R

* peuvent être sous forme de combinaison à doses fixes (FDC) ou forme séparée selon la disponibilité des molécules.

- **Cas particulier**

<i>Co- infection tuberculose - VIH :</i>	ZT+3TC +LPV/R + rifabutine
INH pour la prévention	
<i>Co- infection Hépatite B – VIH :</i>	TDF + FTC + LPV/R ou TDF + FTC +EFV
<i>Accident d'exposition au sang et aux liquides biologiques: personnes à risques (AES) :</i>	
AZT+3TC+LPV /R pendant 4 semaines	

II. Traitement antirétroviral chez l'enfant et le nourrisson

- **Cas général**

1ère ligne (2 INTI + INNTI / IP)	2ème ligne (2 INTI + IP)
1er choix : Pas de NVP pour la mère pendant la grossesse et / ou pour l'enfant à la naissance AZT + 3TC + NVP	ABC + DDI + LPV/R Ou ABC + 3TC + LPV/R
2ème choix : Prise de NVP par la mère pendant la grossesse et / ou par l'enfant à la naissance AZT + 3TC + LPV/R	

- **Cas particulier**

<i>Enfant tuberculeux : AZT + 3TC + ABC</i>

III. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) :

<i>Pour la mère :</i> AZT+3TC+LPV/R A partir de la 14 ^{ème} semaine jusqu'à l'arrêt de l'allaitement <i>Enfant né de mère séropositive au VIH : forme sirop</i> AZT+3TC pendant 4 semaines

VI.8. ANNEXE 8 : LISTE DES MEDECINS REFERENTS VIH (2012)

NOMS ET PRENOMS	SERVICE	COORDONNEES TELEPHONIQUES
REGION ALAOTRA MANGORO		
RALAIVAO Jaona	Service ATU, CHD 2 Moramanga	033 14 253 96
ANDRIAMASOANDRO Roland Razanatsimba	Service Médecine, CHRR Ambatondrazaka	034 03 028 84
ANDRIAMIHAMINJAKA Barijaona Emile Aumont	Service Médecine CHD1 Amparafaravola	034 01 131 71
REGION AMORON'IMANIA		
RANDRIAMANANTENA Maurice	Service Médecine, CHRR Ambositra	032 40 723 13
REGION ANALAMANGA		
RANDRIA Mamy	Service Maladies Infectieuses et parasitaires, CHU HJRB	033 11 501 81
ANDRIANASOLO Radonirina	Service Maladies Infectieuses et parasitaires, CHU HJRB	032 46 602 64
RAMANAMPAMONJY Rado	Service Gastro-Enterologie, CHU HJRB	032 02 219 20
RAKOTOMIZAO Jocelyn Robert	Service des Maladies Respiratoires, CHU HJRB	032 04 357 47
RANDRIANARIVONY Sylvia	Médecin-Chef, CHD2 Itaosy	032 07 700 17
RATSIHOAINA Hantaniaina Aimée	Complexe Mère-enfants, CHU Tsaralalàna Antananarivo	033 11 226 83
HOUSSEN Nirina Arselina	Maternité de Befelatanana	032 02 224 65
RANDRIANATOANDRO Mandimbimanana Samuel	CHU Fenoarivo	033 14 805 92
RAKOTOARISON Joseph	CHU Ambohimandra	032 02 704 52
RANIVOARISENA Angèle	CHU Ambohimandra	032 02 534 07 033 12 157 75
MIANDRISOA Rija Mikhael	Service des maladies cardio-vasculaires et de médecine interne CENHOSOA	032 07 717 27
RASAMIMANANA Andrianarivelo Nivo Nirina	Hopitaly Loterana Salfa Ambohibao	032 07 528 93
RABESON HARIZAKA Vonjy	Coordonnateur national Santé Croix- Rouge	033 02 085 87
ANDRIANIAINA Harivelo	Responsable Prise en charge médicale PVVIH SE/CNLS	032 02 707 82
RAKOTOBÉ Liva	Responsable Division Prise En Charge/SLISTS	033 11 412 64

LAHIMASY Hetse	Responsable Base de données/Division Prise En Charge/SLISTS	034 16 649 35
----------------	---	---------------

REGION ANALANJIROFO		
ANDRIAMIANDRA Isaïe Jules	Service Médecine Interne CHRR Fénerive-Est	033 14569 98
DOKOLAHY Toto Richard Edmond	Service Maternité, CHD 2 Maroantsetra	033 14 742 23 032 42 185 14
REGION ANDROY		
RETOFA Germaine	Service Médecine, CHRR Ambovombe	032 41 927 21
REGION ANOSY		
RANAIVOSON Raphaël Rolland	Service médecine, CHRR Taolagnaro	03312 51772
RAHASARIVÉLO Isabelle	Service pédiatrie, CHRR Taolagnaro	033 12 513 75
RANDRIAMPARANY Nivoherindravo Mihajarizafy Zoé	Médecin Chef CHD 1 Amboasary Sud	032 02 703 40 033 01 148 87
RAKOTO ANDRIAMALALA Eric	Médecin Chef CHD 1 Betroka	033 23 089 04
REGION ATSIMO ANDREFANA		
SOANOMENA Valikara	Service Pédiatrie, CHRR Toliara	032 04 031 20
REGION ATSIMO ATSINANANA		
TATA Paul	Service médecine, CHRR Farafangana	032 41 929 27
REGION ATSINANANA		
RAHASANA Helivoahangy	Service Médecine 123, CHRR Toamasina	032 40 594 51
RABEZANAHARY	Service Pneumophtysiologie, CHRR Toamasina	033 12 828 44
RAKOTOVAO Louis Gérard	Médecin Chef CHD 1 Mahanoro	033 07 393 90
REGION BETSIBOKA		
RASOARIZANAMARO Suzanne	Service Maladies Infectieuses, CHRR Maevatanana	033 03 082 75
RALISIARISOA Tsimaholy Harivelo	Service Maternité et Pédiatrie, CHD 2 Tsaratanana	032 04 793 43
REGION BOENY		
LEHIMENA Willy René	Service Médecine interne, CHU Androva	032 42 197 28
RAKOTONIRINA Serge	Service Cardiologie, CHU Androva	032 04 739 16
RAKOTONDRINA Gabrielle Sarà	Service Pédiatrie, CHU Androva	032 45 920 65 032 40 861 40
RAMAMONJISOA Christine Bodohanta	Centre sanitaire intégré Mahabibo (CSB U)	032 42 817 86
REGION BONGOLAVA		
LALARISON Gégé Alexandrine	Service Chirurgie, CHRR Tsiroanomandidy	033 11 966 12

RANDRIANARISOA Oddo	Service Médecine, CHD 2 Fenoarivo Be	032 56 947 37
---------------------	--------------------------------------	---------------

REGION DIANA		
NELY Jean	Service Médecine Interne, CHRR Antsiranana	032 02 785 41
RABEARISOA Ursula Lys	Service Réanimation médicale, CHRR Antsiranana	032 04 052 24
BOROHANY Saïd	Service Médecine, CHD 2 Nosy -Be	032 40 594 82
RAJAOARISON Nirina Joël	Service Pédiatrie CHD 1 Ambanja	032 02 757 87
REGION HAUTE MATSIATRA		
DINAHARIMALALA Josiane	Service Médecine interne, CHRR Fianarantsoa	032 07 777 90
RASOARIMALALA Jeanne Aimée	Service Pédiatrie, CHRR Fianarantsoa	032 40 162 70
ANDRIATSARAFARA Haingomalala	Service Maladies Infectieuses, CHRR Fianarantsoa	032 04 385 84
REGION IHOROMBE		
RANAIVOHARISOA Hanitra	CTV Ihosy	032 02 930 38
RAMANANTENASOA Holinirina Bako	CSB 2 Ankily, Ihosy	032 41 005 88
COSTA	Service de Médecine, CHRR Ihosy	034 09 636 32
REGION ITASY		
RAZAFINIMANANA Roger Lala	Médecin Chef, CHRR Miarinarivo	032 42 025 49
RASOAZANAMPARANY Elisa Charline	Médecin Chef, CHD 2 Soavinandriana	032 02 454 37
REGION MELAKY		
RASOLOFONIRINA Jeanne Raymonde	Service Médecine, CHRR Maintirano	032 41 517 36 034 01 981 48
REGION MENABE		
LALAO Jeanne Solange	Service Pédiatrie, CHRR Morondava	032 07 954 41
RAMASINJANAHARY Lucienne	Service Médecine, CHRR Morondava	032 04 436 11
RANDRIAMAMPIONONA Samuel	Médecin Chef SALFA Betela Morondava	032 41 960 36
RAKOTONIRINA Mamy El-Julie	Médecin Chef CHD 1 Miandrivazo	032 50 901 19
REGION SAVA		
BODY Jean Claude	Service Médecine, CHRR Sambava	032 02 017 75
RAMANANTSOA Haingotiana	Service Médecine, CHRR Antalaha	032 04 896 96

REGION SOFIA		
RAZAFINDRATOMPO Lucie	Médecin Chef CHD 1 Mandritsara	033 28 134 32
REGION VAKINANKARATRA		
RAVOLOLONTSOA Perline	Service médecine, CHRR Vakinankaratra	033 12 812 62
RAKOTOSON Herinjanahary Patricia	Médecin Chef CHD 2 Ambatolampy	032 02 115 26
REGION VATOVAVY FITOVINANY		
RAKOTOMANDIMBY	Service Médecine, CHRR Manakara	032 42 279 20
RANDRIAMAHANDRINIRINA Honoré	Service Médecine, CHRR Mananjary	032 42 053 75

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Ministère de la Santé Publique. Rapport d'étude sur la situation et l'ampleur des traumatismes et de la violence à Madagascar. 2010.
- 2 Ministère de la Population et des Affaires Sociales. Profil sanitaire de la Femme à Madagascar. OMS, 2010.
- 3 Guillet-May F, Thiebauges O. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. Encycl Med Chir Médecine ; <http://france.elsevier.com/direct/EMCMED/> ; 2005 : 13–23.
- 4 Jurid'ika. Code Pénal, (mis à jour). 2009.
- 5 CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français). UMVF (Université Médicale Virtuelle Francophone). Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles. 2010-2011.
- 6 Josse E. Accueillir et soutenir les victimes de violences sexuelles. Approche orientée vers la solution. 2006.
- 7 UNICEF, Ministère de la Justice, Gendarmerie Nationale, Police Nationale, Groupe Développement : 5 livrets réalisés par le comité technique.
 - a. La maltraitance à l'encontre des enfants (Niveau I et II). Juin 2007.
 - b. L'écoute dans l'audition de l'enfant victime de maltraitance. Juin 2007.
 - c. L'audition des enfants victimes de maltraitance. Juin 2007.
 - d. La procédure pénale au service de la protection de l'enfance. Juillet 2008.
 - e. La législation malagasy et la maltraitance à l'encontre des enfants. Février 2008.
- 8 Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. OMS, Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies, 2005.
- 9 Tshomba H, Muela D. Conseil National de l'Ordre des Médecins en RDC. <http://www.cnom-rdc.org/m/>, p=246. Guide d'expertise médico-légale en matière de violence sexuelle. Proposition d'un canevas. 2011
- 10 Level S et coll. Le praticien face aux violences sexuelles. Conseil National de l'Ordre de Médecins, Chancellerie, Ministère de l'Intérieur et Ministère de la Défense, France. 2000.
- 11 Reynaud I. Adolescente victime d'agression sexuelle : consultation et examen gynécologique, place dans la prise en charge. In : Gynécologie de l'adolescence. Masson 2005 : 263-278
- 12 Mouithys P, Davitian C, Boulanger JC. Demande de constat d'agression sexuelle. Conduite à tenir. Centre de Gynécologie Obstétrique AMIENS. Cours inter régionaux Amiens-Caen-Rouen, 2003
- 13 Ministère de la Santé et du Planning Familial. Guide pratique en Planification Familiale Intégrée à l'intention des Agents de santé. 2007.

- 14 Ministère de la Santé Publique. Programme National de Lutte contre le Sida. Guide et procédures de gestion des intrants de santé liés aux IST et au VIH. 2011.
- 15 Vice-Primature chargée de la Santé Publique. Protocole de prise en charge des personnes vivant avec le VIH à Madagascar. 2009.
- 16 Ministère de la Santé et du Planning Familial. Normes et Procédures en Santé de la Reproduction. 2006.
- 17 Hamza N. Les violences basées sur le genre. Manuel de formation à l'attention des écoutantes du réseau Anaruz. 2006
- 18 M Desurmont, Gosset D. Intervention du médecin légiste dans l'évaluation d'une situation de mauvais traitements et d'abus sexuels à enfants. La preuve médicale. NO DATE.
- 19 Pouillard J. Les certificats médicaux. UNAFORMEC 2005. http://www.entremed.fr/doc/redaction_certificats.pdf.
- 20 Ministère de la Santé, Ordre National des Médecins de Madagascar. Code de Déontologie Médicale, 1998.
- 21 Berger M. L'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières. Réflexions sur les difficultés de prise en charge des abuseurs sexuels. CIFAS 2005, chapitre 13.
- 22 IASC. Directives en vue d'intervention contre la violence basée sur les genres dans les situations de crise humanitaire. Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence. (Inter-Agency Standing Committee). 2005.
- 23 Ministère de la Santé Publique. Politique Nationale de Santé Communautaire. 2009
- 24 Blanc A. Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles. Décrire la prise en charge immédiate d'une personne victime de violences sexuelles. N° 183.
- 25 Ministère de la Santé. Politique Nationale en santé de la Reproduction. 2000.
- 26 La prévention des traumatismes et de la violence. Guide à l'Intention des Ministères de la Santé. OMS, 2007.
- 27 Josse E. Les violences sexuelles. Définitions d'un concept multiforme. 2006.
- 28 Ministère de la Santé Publique. Programme National de Lutte contre le Sida. Guide et Procédures de gestion des intrants de santé liés aux IST et au VIH. Edition 2011.
- 29 Ministère de la Santé. Ordre National des Médecins de Madagascar. Code de Déontologie Médicale, 1998.
- 30 Ministère de la Santé. Ordre National des Médecins de Madagascar. Code de Santé Publique, 2011.
Loi n°2011-002 portant Code de la Santé. Adoptée par le Congrès de la Transition le 24 mai puis par le CST le 27 mai 2011

AUTRES DOCUMENTS, SITES WEB et LIENS UTILES:

1. L'initiative conjointe de lutte contre les violences sexuelles faites aux femmes aux jeunes, aux enfants et aux hommes en RDC sur <http://www.unfpardc.org/projets/icrdc.htm>.
2. Véronique G. Lutte et réponse aux violences sexuelles en République du Congo: Analyse de situation. UNICEF http://www.unicef.org/wcaro/WCARO_Congo_Pub_AnalSit-Violences_Sexuelles.pdf
3. La violence sexuelle. Chapitre 6. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/worldreport/en/chap6fr.pdf
4. Barème fonctionnel indicatif des incapacités en Droit Commun. <http://www.iijusticia.edu.ar/docs/Bareme.htm>.
5. Anatomie. <http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Anatomie>.
6. Protocole relatif à la prise en charge médicale et judiciaire des mineurs victimes de maltraitances (Signé à Chalon sur Saône le 11 juillet 2003) http://www.lavoixdelenfant.org/docs/activites/protocole_chalon_11072003.pdf.
7. Prise en charge et suivi des victimes. Interventions auprès des auteurs de violences au sein du couple par le secteur associatif. <http://www.citoyens-justice.fr/fichiers/rapport%20violences%20au%20sein%20du%20couple.pdf>.
8. Protocole d'aide aux victimes d'agression sexuelle d'Ottawa, Engagement et Collaboration. Janvier 2006. <http://www.ottawapolice.ca/Libraries/Publications/Protocoledaideauxvictime.sflb.ashx>.
9. Les Violences conjugales. Rôle des professionnels de santé, en réseau avec les associations, la justice et la police. Colloque organisé par le CHU de Nantes et Gynécologie Sans Frontières. Avec le concours de la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité des Pays de la Loire et de SOS Femmes. Mardi 26 Juin 2007 – Nantes. http://www.reseau-naissance.com/joomla/images/ACTES-colloque-260607_150708_imprimer.pdf.
10. Fadi S. L'intervenant psycho-médico-social face à la problématique de l'abus sexuel intrafamilial : ses représentations, ses ressentis, ses réactions. Le regard d'un éducateur spécialisé. http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/page/article_labus_sexuel_intrafamilial_yapaka.pdf
11. Gignon M. Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles. <http://www.u-picardie.fr/med/cca/cours%20viol%20sex%20D3%20MG.pdf>.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à adresser nos vifs remerciements à l'UNFPA dont l'appui technique et financier ont permis à ce document de voir le jour.

Nous remercions également les personnes ressources qui, de près ou de loin, ont contribué par leur aide inestimable à l'élaboration de ce guide :

Le système des Nations Unies :

OMS
UNICEF
ONUSIDA
UNDP

L'Agence de Coopération :

JICA

Les structures étatiques :

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

- DSMER
- SLMV
- (à compléter)
- Centre Hospitalier Universitaire (CHU), HUIRA, HUGOB
- Centre Hospitalier de District niveau 2 (CHD2) de MAHITSY,
- Centres de Santé de Base niveau 2 (CSB2) : Fihaonana, Ambatofotsy, Ambohimambola, Masindray.
- (à compléter)

MINISTRE DE LA POPULATION ET DES AFFAIRES SOCIALES

- DGPSFE
- DPG
- (à compléter)

Les membres du comité technique:

ANDRIAMANANA Tolotra Aina

andriamanana@unfpa.org

RAMILIARIJAONA Rabary Onja

oramiliarijaona@unfpa.org

SOLOMANDRESY Ratsarazaka

solomandresy@unfpa.org

RAVAOMANANA Edwige

ravaomanana@unfpa.org

KONGNYUY Eugène

kongnyuy@unfpa.org

LORDFRED Achu

lordfred@unfpa.org

ALI Wanogo

wanogo@unfpa.org

RAVELOSON Clarimond	ravelosonc@un aids.org
ANDRIANIRINARIMANANA James	rainije@yahoo.fr
RANAIVOARIMIANDRY Abel Richard	ranaivoarimiandryabelr@yahoo.fr
RAZAFINDRANAZY Eulalie	soeliary@gmail.com
RAKOTONARIVO Marcelle	onsfm_8@yahoo.fr
RAJERISON Clara Sylvie	clarajerison@yahoo.fr
RAKOTONIRINA Olivier	olivier.rakotonirina@gmail.com
ANDRIAMBOAHANGY Ramandasoa Jaona	dgpsfe@population.gov.mg
RANAIVOSON Vero Roimemy	vandriamiadanarivo@yahoo.fr
RAHAJAVOLOLONA Lantosoa	lantossou@gmail.com
RAKOTOARY Jean	svpf@sante.gov.mg
ANDRIAMANANJARA Lucien	lmananjara@yahoo.fr
RAKOTOARISON Rindra Nirina	rindranirina28@yahoo.com
MASY Harisoa	masy@mg.afro.who.int
RAZANAMASY Zoëlle	
RANDRIANARISON Béatrice Olga	beatrice.olga@yahoo.fr
RAZAFIMAHANDRY Jean Claude	razaficlaude@yahoo.fr
RAKOTOARISOA Holihanitra	holihanitra1@yahoo.fr
RASOLOFOMANANA Denis	raydeni7@yahoo.fr
RAOELISON Rabeharisoa Arisoa	araoelison@unicef.org
RAZAFINDRANOVONA Irène	razafindranovonairn@yahoo.fr
RABEFITIA Ginette	rabefitia@unfpa.org
ANDRIANABELA Sonia	sonia_randrianarisona@yahoo.fr