



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



PEPFAR

U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

GESTION CLINIQUE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EXPLOITES OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

CONSIDÉRATIONS TECHNIQUES POUR LES PROGRAMMES DU PEPFAR



AIDSTAR-One
AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES



FÉVRIER 2013

Ce document a été réalisé avec l'appui du programme américain PEPFAR (U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief) via l'Agence américaine de développement international (USAID) dans le cadre du contrat GHH-I-00-07-00059-00 du projet AIDSTAR-One (AIDS Support and Technical Assistance Resources Project, Sector I, Task Order I).

1	2	4	5	8
3			6	
			7	9

- 1 © GRIP – Greater Rape Intervention Project, South Africa
- 2 © UNICEF/NYHQ2011-2384/Giacomo Pirozzi
- 3 © UNICEF/NYHQ2009-0218/Glenna Gordon
- 4 © David Rotbard/John Snow, Inc.
- 5 © UNICEF/NYHQ2012-0096/Olivier Asselin
- 6 © John Snow, Inc.
- 7 © John Snow, Inc.
- 8 © Leah Jones/John Snow, Inc.
- 9 © Connie Woodbury/John Snow, Inc.

DESCRIPTIONS DE PHOTOS DE L'UNICEF

2. **Philippines, 2011.** Ange (nom fictif) 16 ans, pose debout dans la ville de Zangianga, sur l'île de Mindanao. Elle a été agressée sexuellement et battue par son employeur chez qui elle était domestique. Aujourd'hui, elle habite dans un refuge de la ville, où elle reçoit une scolarité et un soutien psychologique, tout en se préparant à témoigner au tribunal contre son ancien employeur.
3. **Liberia, 2009.** Le pied d'un enfant chaussé d'une sandale se balance au-dessus du sol à un refuge soutenu par l'UNICEF à l'extérieur de Monrovia, capitale du pays, accueillant les femmes et les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles ou des violences basées sur le genre. Dirigé par l'ONG libérienne THINK (Touching Humanity in Need of Kindness), le refuge offre des conseils, un soutien psychologique, l'éducation de base et une formation professionnelle et de développement personnel (y compris sur le VIH et la santé reproductive).
5. **République démocratique du Congo, 2012.** Céline (nom fictif) 16 ans, assiste à un cours de couture dans un centre d'accueil et d'orientation soutenu par l'UNICEF à Bukavu, capitale de la province du Sud Kivu. Dirigé par l'ONG congolaise BVES (Bureau de services bénévoles pour les enfants et la santé), il offre un abri et des services de santé/psychologique, ainsi qu'une scolarité aux filles ayant subi des violences sexuelles.

GESTION CLINIQUE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EXPLOITES OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

CONSIDÉRATIONS TECHNIQUES POUR LES
PROGRAMMES DU PEPFAR

Projet de soutien et de ressources d'assistance technique d'action contre le SIDA

Le projet AIDSTAR-One (AIDS Support and Technical Assistance Resources, Sector I, Task Order 1) est financé par le Plan d'urgence du président des États-Unis pour l'action contre le SIDA (PEPFAR en anglais) via l'Agence américaine de développement international (USAID) dans le cadre du contrat GHH-I-00-07-00059-00, entré en vigueur le 31 janvier 2008. Le projet AIDSTAR-One est mis en œuvre par la société John Snow, Inc., en collaboration avec les entreprises et organisations suivantes : *BroadReach Healthcare, EnCompass LLC, International Center for Research on Women, MAP International, mothers2mothers, Social and Scientific Systems, Inc., University of Alabama at Birmingham, the White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, et World Education*. Ce projet vise à fournir des services d'assistance technique aux équipes nationales d'action contre le VIH/SIDA et du gouvernement des États-Unis couvrant la gestion des connaissances, le leadership technique, la pérennité des programmes, la planification stratégique et le soutien à la mise en œuvre des programmes.

Citation Recommandée

Day, Kim et Jennifer Pierce-Weeks. 2013. *Gestion clinique des enfants et adolescents ayant subi des violences sexuelles, considérations techniques pour les programmes du PEPFAR*. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

Remerciements

Les personnes suivantes ont participé aux consultations techniques initiales de développement des présentes « considérations techniques » et ont fourni des apports importants, incluant des exemples d'outils, durant leur examen attentif des différentes versions préliminaires: Christine Amisi (Panzi Hospital/Panzi Foundation, République démocratique du Congo [RDC]), Gretchen Bachman (USAID), Lilly Bertz (Office of the U.S. Global AIDS Coordinator [OGAC]), Kathryn Brookmeyer (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]), Lindsey Davis (USAID), Lina Digolo (LVCT, Care and Treatment, Kenya), Mary Ellen Duke (USAID, Mozambique), Lynne Franco (AIDSTAR-One, EnCompass LLC), Sarah Karmin (UNICEF), Barbara Kenyon (Greater Nelspruit Rape Intervention Program [GRIP], Afrique du Sud), Jennifer Kim (Together for Girls), Marcy Levy (AIDSTAR-One, John Snow, Inc.), Daniela Ligiéro (OGAC), Maury Mendenhall (USAID), Lyn Messner (AIDSTAR-One, EnCompass LLC), Michele Moloney-Kitts (Together for Girls), Colette Peck (USAID), Diana Prieto (USAID), Francelina Romão (ministère de la Santé, Mozambique), Mary Sawyer (Emory University School of Medicine), Derrick Sialondwe (Livingston Pediatric Center of Excellence, Zambie), Clara Sommarin (UNICEF), Valerie Tagwira (Family Support Trust, Zimbabwe), Rachel Tulchin (U.S. State Department Office of Global Women's Issues [S/GWI]) Monique Widyono (USAID) et Brenda Yamba (USAID, Lesotho). De nombreux participants locaux de RDC, du Kenya, du Lesotho, de Mozambique, de Zambie et du Zimbabwe ont offert des informations très utiles basées sur leur expérience de soutien aux efforts visant à offrir des services et des soins post-viol aux enfants et aux adolescents, souvent dans des circonstances difficiles, avec très peu de ressources.

Stephanie Weber a rédigé la première version des présentes « considérations techniques » en y incorporant des informations provenant de nombreuses sources, jetant ainsi les fondations du présent document. Le Dr Rudo Masanzu a fourni de nombreuses suggestions très utiles sur les diverses versions de ces considérations techniques, notamment sur les pratiques actuelles de gestion des preuves médico-légales. Emily Koumans (CDC) et Claudia Garcia-Moreno (Organisation mondiale de la Santé [OMS]) ont aussi fourni des suggestions et des outils de travail. Divers collègues de la section des enfants handicapés de l'UNICEF et Sergio Meresman (Inter-American Institute on Disability and Inclusive Development) ont fourni des informations utiles sur les besoins et les droits des enfants handicapés.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Téléphone : 703-528-7474
Télécopieur : 703-528-7480
Courriel : info@aidstar-one.com
Internet: aidstar-one.com

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes	vii
Glossaire Médical	ix
Préface	xv
Introduction	I
Contexte.....	I
Actions Pour les Enfants Exploités ou Ayant subi des Violences Sexuelles	I
Actions Centrées sur les Enfants.....	3
Conséquences à Court et Long Terme de L'exploitation et de la Violence Sexuelle sur les Enfants	4
Une Réponse Globale à L'exploitation et à la Violence Sexuelle sur les Enfants.....	5
Principes Directeurs pour Prestataires de Services Médicaux Intervenant Auprès D'enfants Exploités ou Ayant Subi des Violences Sexuelles.....	7
Établir et Renforcer les Interventions auprès Des Enfants et Adolescents Exploités ou Ayant subi des Violences Sexuelles	II
Infrastructure.....	II
Intervention sur Site	12
Cadre D'intervention.....	14
Matériel	15
Planification, Développement et Évaluation/Suivi des Programmes	16
Rôles et Responsabilités du Prestataire de Soins.....	18
Eduquer Et Former Des Prestataires De Soins.....	19
Éducation Des Forces Policières.....	20
Déclaration Des Cas D'exploitation Et De Violence Sexuelle	20
Collaboration Avec D'autres Services.....	22
Gestion Médico-Légale Des Enfants Et Adolescents Exploités Ou Ayant Subi Des Violences Sexuelles	23
Signes Et Symptômes D'exploitation Et De Violence Sexuelle.....	24
Formes De Violence Concurrentes	25
Prestations De Soins.....	25
Gestion D'un Enfant Ayant Été Exploité Ou Ayant Subi Des Violences Sexuelles	28
Consentement.....	30
Collecte D'informations Médico-Légales De Reconstitution Des Faits	31
Examen Physique Et Anogénital	34
Examen D'une Fille Prépubère	35
Examen D'une Fille Pubère	38

Examen Des Garçons	39
Examen Anal Des Garçons Et Des Filles	40
Examen Colposcopique.....	40
Collecte De Preuves Après Une Agression Sexuelle Aggravée	40
Infections Transmises Sexuellement Chez Les Enfants	47
Procédure Recommandée De Ppenp-Vih Chez Les Enfants	50
Traitement Des Blessures	52
Interventions Psycho-Sociales, Soins De Suivi Et Recommandations D'orientation	57
Rôle Du Prestataire Médical Concernant Les Soins De Suivi.....	58
Rôle De La Communauté Concernant Les Soins De Suivi	60
Références.....	63
Ressources.....	67
Introduction	67
Établir Et Renforcer Les Interventions Auprès Des Enfants Et Adolescents Exploités Ou Ayant Subi Des Violences Sexuelles	68
Gestion Médico-Légale Des Enfants Et Adolescents Exploités Ou Ayant Subi Des Violences Sexuelles	69
Interventions Psychologiques, Soins De Suivi Et Recommandations D'orientation.....	70
Annexe 1 Glossaire Général.....	71
Annexe 2 Comportement Sexuel Des Jeunes Enfants	75
Annexe 3 Stades Tanner De Développement Sexuel	77
Annexe 4 Fiche De Travail Sur La Préparation Et L'aménagement D'un Site Clinique	79
Annexe 5 Consentement/Assentiment Éclairé Et Droits Des Patients	81
Modèle De Formulaire De Consentement	84
Annexe 6 Examen Physique « De La Tete Aux Pieds »	85
Annexe 7 Description Des Caractéristiques Des Blessures Physiques (OMS/HCRNU 2004)	89
Annexe 8 Fiche De Gestion Médicale D'un Enfant Exploité Ou Ayant Subi Des Violences Sexuelles	91
Annexe 9 Fiche Sur Le Rôle Du Clinicien Pour La Collecte Des Preuves.....	93
Annexe 10 Modèle De Formulaire D'examen Et De Réconstitution Des Faits (OMS/HCRNU 2004) Et Cartes Anatomiques	97
Cartes Anatomiques.....	101
Annexe 11 Liste De Contrôle De L'infirmière	109
Triage.....	109

Annexe 12 Liste De Contrôle Du Médecin	111
Collecte D'informations De Reconstitution Des Faits.....	111
Annexe 13 Liste De Contrôle Du Travailleur Social	115
La Communication Thérapeutique Est Très Importante	115
Annexe 14 Fiche Sur Le Rôle Du Prestataire Concernant Les Liens Avec Les Ressources De La Communauté	117
Annexe 15 Pratiques Prometteuses.....	119
Modèle 1 : Centres De Services Complètes.....	119
Modèle 2 : Centres De Justice Familiale	119
Annexe 16 Algorithme De Soins	121

FIGURES

Figure 1. Approche de soins centree sur l'enfant.....	2
Figure 2. Algorithme De Soins	27
Figure 3. Communications D'orientation Et De Suivi Des Enfants/Familles Entre Les Services Medicaux Et Les Ressources Communautaires.....	61

TABLEAUX

Tableau 1. Elements Principaux D'une Reponse Globale A L'exploitation Et A La Violence Sexuelle	6
Tableau 2. Principes Directeurs D'intervention Aupres Des Enfants Ayant Subi Des Violences Sexuelles.....	7
Tableau 3. Normes Minimales A Respecter Pour Offrir Des Soins Post-Viol Complètes	13
Tableau 4. Processus De Planification Et De Développement De Programme.....	16
Tableau 5. Comportements Sexuels Normaux Chez Tous Les Enfants (Hagan et al. 2008) (AAP 2005)	24
Tableau 6. Considerations De Collecte D'informations De Reconstitution Des Faits	31
Tableau 7. Positions D'examen Et Techniques.....	35
Tableau 8. Considerations Generales D'examen Medico-Legal.....	41
Tableau 9. Collecte De Preuves.....	42
Tableau 10. Diagnostic Differentiel D'observations Genitales (Liste Non Exhaustive)	46

ACRONYMES

ADN	acide désoxyribonucléique
ARV	antiretroviraux (médicaments)
CDV	counseling et dépistage du VIH
CS-AECO	Communauté sanitaire d'Afrique de l'Est, du Centre et du Sud
CU	contraception d'urgence
GEU	Gouvernement des Etats-Unis
HCR	Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
ISM	initiative de santé mondiale
ITS	infection transmise sexuellement
M/IGF	mutilation/incision génitale féminine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (Plan d'urgence du président des États-Unis contre le SIDA)
PPE	prophylaxie post-exposition
PPE _{np} -VIH	prophylaxie post-exposition non professionnelle au VIH
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SPV	soins post-viol
TAAN	test d'amplification d'acide nucléique
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence Américaine de Développement International
VBG	violence basée sur le genre
VHB	Virus d'hépatite B
VHS	Virus de l'herpès simplex
VIH	virus d'immunodéficience humaine
VPH	virus de papillome humain
VSBG	violence sexuelle et basée sur le genre

GLOSSAIRE MÉDICAL

Le glossaire suivant contient des termes cliniques pouvant être utiles aux prestataires travaillant auprès d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Cette terminologie peut être employée dans la documentation.

ABRASION : Écorchure superficielle d'un segment de peau ou de membrane muqueuse. Ce terme est synonyme d'éraflure.

ADÉRENCE/FUSION LABIALE : Résultat de l'adhérence (fusion) des surfaces muqueuses extérieures adjacentes à la partie postérieure des parois vestibulaires. Ce phénomène peut être observé à n'importe quel endroit sur la paroi du vestibule, mais surtout sur la partie postérieure (inférieure). Cette adhérence peut être presque complète (obstruant tout le vestibule) ou partielle. *Phénomène fréquemment observé chez les bébés et les jeunes enfants. Sa première apparition est assez rare après l'âge de 6 ou 7 ans. Relation possible avec une irritation chronique. Phénomène également appelé agglutination labiale.*

ANUS : Orifice anal situé à l'extrémité du gros intestin, constituant l'ouverture du rectum.

ASSENTIMENT : Volonté exprimée de participer à un acte. Dans le cas d'enfants étant par définition trop jeunes pour formuler un consentement éclairé, mais assez âgés pour comprendre et accepter de participer à un acte, l'*assentiment éclairé* de l'enfant est recherché. L'assentiment éclairé est la volonté exprimée d'un enfant à participer à un acte (IRC UNICEF 2012).

CHAÎNE DE GARDE/PREUVE : La documentation de la chaîne de garde est un journal des heures, des lieux et des personnes ayant été responsables de la garde d'une preuve depuis le moment où elle est obtenue jusqu'à son utilisation en cour.

CONGESTION VEINEUSE PÉRIANALE : Accumulation de sang veineux dans le plexus veineux des tissus périanaux créant une décoloration violette plate ou gonflée. Peut être localisée ou diffuse. À ne pas confondre avec une contusion. Phénomène souvent observé chez des enfants dont les cuisses ont été repliées sur les hanches pendant une longue période. Également appelé engorgement veineux périanal ou accumulation veineuse périanale.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ : Un consentement éclairé peut être obtenu après avoir expliqué tous les aspects de l'examen au patient d'une manière lui permettant de tout comprendre. Une emphase spéciale doit être placée la possibilité de divulgation d'informations à des tiers, notamment à la police ou à d'autres parties. Cette considération est particulièrement importante dans les juridictions où la loi oblige à déclarer aux autorités compétentes certains cas de violence (et donc des détails de l'examen). Il est crucial que les patients et leurs parents/tuteurs comprennent les choix s'offrant à eux et qu'ils reçoivent des informations suffisantes pour leur permettre de prendre une décision éclairée sur leurs soins. Ce droit est fondamental pour tous les patients et son application peut être délicate dans les situations où les patients ont subi des sévices personnels et intrusifs contre leur volonté. Il est également important que dans une unité de soins, le patient ait l'impression de reprendre le contrôle des événements. Mais surtout, les désirs du patient doivent être respectés (OMS 2003).

CONTUSION : Zone de décoloration due à des dommages aux vaisseaux capillaires ou à de plus grands vaisseaux sanguins sous la peau conduisant à un écoulement de sang dans les tissus adjacents et à une décoloration de la peau dont la couleur peut varier (rouge, bleu, café, jaune, etc.). Ce terme est synonyme d'ecchymose. Chez les personnes à la peau foncée, les contusions peuvent être difficiles à détecter ; la sensibilité à la palpation et les gonflements peuvent être significatifs et doivent être documentés.

CORPS PÉRINÉAL : Tendon central du périnée. Situé entre le vestibule et l'anus chez la femme ou entre le scrotum et l'anus chez l'homme.

CRÊTES / COLONNES INTRAVAGINALES : Colonnes en saillie (orientation sagittale/longitudinale) surtout proéminentes sur la paroi antérieure et moins sur la paroi postérieure, pouvant être attachées à la surface intérieure de l'hymen.

DIASTASIS ANI : Zone lisse, souvent en forme de coin ou de V située à 6 heures ou 12 heures de la région périanale. Cette zone est due à l'absence de muscle sphincter anal externe corrugateur sous-jacent et produit une perte des plis cutanés généralement présents autour de l'anus. *Variation congénitale.*

DILATATION ANALE RÉFLEXE : Action dynamique de l'ouverture de l'anus causée par la relaxation des sphincters internes et externes avec mouvement minimal de traction/séparation des fesses.

FISSURE ANALE : Rupture de la peau périanale rayonnant hors de l'orifice anal. Ces lésions peuvent être superficielles ou profondes et être causées par des objets entrant ou sortant de l'anus. *De nombreuses causes sont possibles, incluant le passage de selles très dures (constipation), des maladies telles que la maladie de Crohn et un traumatisme.* Ces fissures peuvent guérir sans laisser de cicatrice visible.

FOURCHETTE POSTÉRIEURE : Point de rencontre postérieur de la petite lèvre. Cette zone peut être appelée commissure postérieure chez un enfant prépubère. Site fréquent de blessure après une agression sexuelle.

FREIN DU PÉNIS : Petit repli de peau reliant le prépuce à la surface ventrale du pénis.

FRIABILITÉ : Terme utilisé pour décrire des tissus saignant facilement (anormalement). Exemple : la friabilité des adhésions labiales pouvant saigner lorsqu'elles sont délicatement séparées. Friabilité de la fourchette supérieure : Rupture superficielle de la peau au niveau de la fourchette supérieure (commissure) lorsqu'une traction délicate est exercée, causant un léger saignement. *Observation non spécifique pouvant avoir plusieurs causes initiales.*

GRANDE LÈVRE : Plis arrondis de peau formant les bordures latérales de la vulve.

HYMEN : Collier ou semi-collier membranaire entourant l'entrée du vagin et séparant les organes génitaux externes du vagin. La surface extérieure forme l'épithélium pavimenteux, alors que la surface intérieure forme la membrane muqueuse. Toutes les femmes ont cette structure anatomique dont la morphologie anatomique peut varier.

- **Annulaire** : Membrane hyménale s'étendant sur toute la circonférence de l'orifice vaginal. *Il s'agit d'une configuration hyménale commune.*
- **Bosse/bourrelet** : Amas de tissus massif, localisé, arrondi et épais à l'extrémité de l'hymen. *Couramment observé avec un hymen annulaire ou en croissant.*

- **Fente/sillon** : Échancrure angulaire ou en V sur le bord de la membrane hyménale ne se prolongeant pas jusqu'à sa base.
- **En croissant** : Hymen avec fixations antérieures situées à environ 11 heures et 1 heure, sans tissu hyménal visible entre les deux fixations. *Cette configuration hyménale est la plus répandue chez les enfant d'âge scolaire avant la puberté.*
- **Cribriforme** : Hymen perforé de multiples orifices. *Variation congénitale.*
- **Frangé** : Hymen avec des nombreux replis sur les bords ayant une apparence festonnée rappelant une fleur. Il s'agit d'une configuration hyménale commune durant la puberté (*également appelé hymen denticulaire*).
- **Orifice hyménal** : Ouverture de la membrane hyménale constituant l'entrée ou la sortie du vagin.
- **Imperforé** : Membrane hyménale ne comportant aucun orifice. *Variation congénitale rare.*
- **Microperforé** : Hymen avec orifice hyménal extrêmement petit. *Variation congénitale rare.*
- **Redondant** : Tissu hyménal abondant ayant tendance à se replier sur lui-même ou à former une protubérance. *Phénomène couramment observé chez les femmes dont la membrane hyménale est sous l'influence d'œstrogènes (enfants et adolescentes)*
- **Cloisonné** : Hymen avec une ou plusieurs bandes de tissu traversant l'orifice, créant deux orifices ou plus. *Variation congénitale.*
- **Villosité** : Projection allongée de tissu sortant d'un point de la couronne hyménale. Plus souvent observée sur l'axe central, peut être une extension d'une rainure vaginale postérieure. *Généralement une variation congénitale. Rarement causée par un traumatisme.*
- **Transection** : Discontinuité de la membrane hyménale s'étendant sur la largeur de hymen jusqu'à sa base. Ce terme est utilisé pour décrire une lésion guérie/non aiguë. *Une rupture partielle de l'hymen constitue une « lacération » si elle est aiguë (blessure fraîche) ou un sillon si elle n'est pas aiguë. Une rupture totale de l'hymen constitue une « lacération » si elle est aiguë ou une transection si elle n'est pas aiguë (blessure fraîche).*

INCISION : Également appelée « entaille », une incision est une séparation de la peau par un objet coupant glissé sur la peau avec une force suffisante pour la séparer.

KIT DE COLLECTE DE PREUVES D'AGRESSION SEXUELLE : Boîte ou enveloppe contenant une liste des types de preuves devant être recueillies sur le corps d'une victime d'agression sexuelle, ainsi que le matériel nécessaire pour prélever ces preuves et les préserver dans la chaîne de garde après leur placement dans un récipient approprié.

LACÉRATION : Lésion/blessure fraîche dans les tissus mous causant une déchirure, un écrasement, une extension excessive, une séparation, un repli ou un cisaillement ; les lacérations sont causées par une force brusque. Également appelé un déchirement.

LAXITÉ ANALE : Diminution du tonus musculaire au niveau du sphincter anal résultant d'une dilatation de l'anus.

LÉSION DE DÉFENSE : Lésion survenue lorsque la victime tentait de se protéger d'une attaque d'un agresseur en utilisant une partie de son propre corps. Les lésions de défense peuvent être des contusions, des éraflures, des lacérations et des plaies incisées.

LEUCORRHÉE : Écoulement de sérosités blanchâtres et visqueuses provenant du vagin ou de la cavité utérine par le col cervical. *Phénomène normal chez les adolescentes et les femmes adultes. (Le terme de sécrétion physiologique est parfois utilisé.)*

LIGNE VESTIBULAIRE : Ligne verticale pâle/non vascularisée traversant la fourchette postérieure et/ou la fosse naviculaire, pouvant être accentuée en exerçant une traction latérale sur la grande lèvre. *Phénomène fréquent chez les filles de tous âges, y compris les bébés et les adolescentes.*

MONT DE VÉNUS : Proéminence charnue et arrondie créée par un coussin de graisse sous-jacent, recouvrant la symphyse pubienne chez la femme.

MUTILATION/INCISION GENITALE FEMININE (M/IGF) : La définition de l'OMS de mutilation génitale féminine (MGF) ou d'incision génitale féminine (IGF) regroupe toutes les procédures comportant l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion aux organes génitaux de la femme pour des raisons culturelles ou de tout autre ordre non thérapeutique.

ŒSTROGENISE : Effet de l'hormone sexuelle femelle, l'œstrogène, sur les organes génitaux. Après l'œstrogénisation, l'hymen prend une apparence épaisse et redondante de couleur rose clair. *Ces changements sont observés chez les bébés, au début de la puberté et après un contact avec des œstrogènes exogènes.*

ORGANES GÉNITAUX (externes) : Également appelés « vulve » chez la femme, ce terme comprend le mont de Vénus, les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris et le vestibule du vagin ; le vestibule contient le méat urinaire, l'ouverture du vagin et les canaux de la glande vestibulaire.

PAPILLE DERMIQUE ANALE : Protubérance de tissu de marge anale interrompant la symétrie du repli de peau périanale. Projection de tissu sur la peau périanale. Lorsqu'elle est située hors de l'axe médian, des causes autres qu'une variation congénitale doivent être envisagées, y compris la maladie de Crohn ou un traumatisme.

PÉNIS : Organe sexuel mâle composé de tissus érectiles dans lesquels passe l'urètre, il est constitué d'une tige et d'un gland, le gland peut être recouvert d'un prépuce.

PÉTÉCHIES : Hémorragies cutanées caractérisées par de petites taches d'un rouge violacé dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à une lentille, survenant lors de la rupture d'artérioles ou de veinules. Peut être simples ou multiples. Fréquemment causées par une forte pression dans le vaisseau sanguin, notamment par les efforts de vomissements, par une strangulation ou par succion. Peuvent également être causées par un désordre hémorragique, une infection ou un traumatisme local.

PERFORATION : Blessure causée par un instrument pointu.

PÉRINÉE : Ensemble des parties molles entre la fourchette postérieure et l'anus de la femme ou entre la base du pénis et l'anus chez les hommes. Surface extérieure du corps périnéal.

PETITE LÈVRE : Mince repli cutané, de forme longitudinale, à l'intérieur de la grande lèvre. Dans l'enfance avant la puberté, ces plis se prolongent du capuchon du clitoris jusqu'à environ le milieu de la paroi latérale du vestibule. Chez l'adulte, ils entourent le vestibule et contiennent l'ouverture du vagin.

PLI/SILLON FESSIER : Pli entre les fesses allant d'une zone juste sous le sacrum jusqu'au périnée.

PLIS PÉRIANAUX : Plis de peau périanale rayonnant depuis la marge anale, créé par la contraction des sphincters anaux externes.

PREUVE BIOLOGIQUE : Tout type de matière biologique, notamment le sang, l'urine, le sperme, les selles, les tissus, les cellules de peau, le fluide de décomposition, la salive, les larmes, le mucus, la transpiration, le vomi et le pus.

PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION : Traitement préventif constitué d'une série de médicaments administrés immédiatement après une agression sexuelle à risque élevé pour éviter la transmission du VIH.

RAPHÉ MÉDIAN (PÉRINÉAL) : Crête ou rainure marquant la ligne d'union des deux moitiés du périnée.

RECTUM : Partie finale droite du gros intestin, se terminant au niveau de l'anus.

URÈTRE : Structure tubulaire reliant la vessie à l'orifice extérieur par lequel l'urine est évacué.

VAGIN : Structure tubulaire avec fibre muqueuse alvéolée s'étirant anatomiquement de l'hymen au col de l'utérus ; la fibre muqueuse vaginale est en partie responsable de l'élasticité du vagin.

VULVE : Partie externe des organes génitaux de la femme comprenant la grande lèvre, la petite lèvre, le clitoris, le vestibule vaginal, l'hymen, la fosse naviculaire et la fourchette postérieure.

PRÉFACE

Le Plan d'urgence du président des États-Unis contre le SIDA (PEPFAR) et l'Initiative de la santé mondiale (ISM) considèrent que les mesures de prévention, de surveillance et de réponse à la violence basée sur le genre (VBG) sont essentielles pour améliorer la situation globale de la santé. À ce titre le PEPFAR et l'ISM croient tous deux qu'il est très important de développer une action coordonnée et holistique contre la VBG, comprenant des actions significatives de dépistage et de counseling aux victimes de VBG, une collaboration renforcée entre les réseaux de soins de santé, de soutien social communautaire et les systèmes juridiques, ainsi qu'un accès rapide à des traitements de prophylaxie post-exposition non professionnelle au VIH (PPEnp-VIH).

Alors que les interventions et les connaissances sur la VBG se sont étoffées, une plus grande attention est maintenant accordée aux besoins des intervenants auprès des enfants et des adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Les résultats de l'Initiative PEPFAR I sur la violence sexuelle et basée sur le genre (VSBG)¹ démontrent que dans des centres médicaux d'Ouganda et du Rwanda offrant des services aux victimes d'agressions sexuelles, un pourcentage élevé de patients demandant des soins avaient moins de 18 ans, mais les services n'étaient pas adaptés aux besoins spécifiques de ce groupe d'âge. Ces conclusions ont confirmé ce qui était connu de façon anecdotique dans toute l'Afrique et elles ont été renforcées par les résultats d'enquête sur la violence contre les enfants.² D'importants obstacles empêchent d'offrir des services utiles et efficaces aux enfants et aux adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles, notamment en ce qui concerne la confidentialité des cas, la disponibilité de traitements de PPEnp-VIH, la formation des prestataires dans l'application efficace des protocoles médicaux (là où ils existent) avec des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, et au niveau de la collaboration entre les services médicaux, juridiques, d'assistance sociale et de prévention communautaire, ainsi qu'au niveau des réponses politiques à la VSBG (Kilonzo et al. 2008).

Il existe peu de directives internationales sur la prestation de services médicaux ou de médecine légale aux personnes de moins de 18 ans. En juillet 2011, la communauté sanitaire d'Afrique de l'Est, du Centre et de l'Ouest (CS-AECO) a publié des directives pour la gestion clinique des cas d'agression sexuelle sur des enfants (CS-AECO 2011). Même si le bureau régional de l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a participé à l'élaboration des directives de la CS-AECO, l'OMS n'a pas encore produit ses propres directives cliniques pour le traitement spécifique des enfants.³ Il existe plusieurs cas d'institutions locales intervenant auprès des enfants et des adolescents, mais le PEPFAR n'a pas encore fourni d'informations systématiques ou de directives à ses partenaires d'intervention sur ce sujet.

¹ Voir http://www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/pepfar_gender_special_initiatives/sexual_GBV_initiative

² Représentant spécial du Secrétaire général concernant la violence contre les enfants. Enquête mondiale de progrès 2011. http://srsg.violenceagainstchildren.org/page/Global_Progress_Survey_2011

³ L'OMS travaille actuellement à l'actualisation de ses directives, qui contiendront des considérations sur les enfants.

Pour combler ce vide, les groupes de travail technique de traitement pédiatrique, d'action sur le genre et d'intervention auprès des orphelins/enfants vulnérables du PEPFAR, en coordination avec le partenariat Together for Girls,⁴ a convoqué une rencontre d'experts d'un jour le 26 avril 2012 afin d'élaborer un ensemble de considérations techniques sur les soins post-viol aux personnes de moins de 18 ans dans les centres de soins primaires offrant également des soins du VIH. Les objectifs de cette rencontre étaient les suivants :

- Examiner et compléter les documents et directives disponibles, incluant les directives de la CS-AECO et les directives de l'OMS sur les soins médico-légaux aux victimes [adultes] de violence sexuelle.
- Élaborer des considérations techniques incluant des recommandations de base sur la prestation de soins post-viol dans les centres de soins primaires aux victimes de moins de 18 ans, afin d'informer le PEPFAR de façon spécifique, ainsi qu'en vue d'une utilisation par les partenaires et les intervenants.

La rencontre technique a réuni 28 personnes incluant des représentants du PEPFAR et du gouvernement des États-Unis, des représentants de Together for Girls et des prestataires expérimentés (cliniciens, experts en comportement et travailleurs sociaux) ayant une expertise concernant la protection de l'enfance, l'exploitation et les agressions sexuelles, les soins aux victimes de violence, la pédiatrie d'urgence, les services cliniques aux enfants,

Encadré I :

DÉFINITION DES TERMES UTILISÉS

ENFANT EXPLOITÉ OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES: Personne de moins de 18 ans ayant été victime d'une agression sexuelle. L'exploitation d'un enfant est l'utilisation d'un enfant afin qu'une autre personne en tire des avantages économiques ou sexuels, des gratifications ou une rémunération, souvent accompagnés de traitements injustes, cruels et néfastes pour l'enfant. Ce terme est utilisé tout au long du présent document.

AGRESSION SEXUELLE SUR UN ENFANT : L'Organisation mondiale de la Santé considère qu'une agression sexuelle sur un enfant consiste à faire participer l'enfant à une activité sexuelle qu'il ne comprend pas totalement, pour laquelle il ne peut pas donner de véritable consentement éclairé, pour laquelle son développement ne l'a pas encore préparé et ne lui permet pas de donner un consentement éclairé, ou qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Il y a agression sexuelle sur un enfant lorsqu'il y a une activité sexuelle entre un enfant et un adulte ou un autre enfant dont l'âge ou le développement crée une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir, l'activité ayant pour but de gratifier ou satisfaire les besoins de l'autre personne, ce qui inclut notamment :

- l'incitation ou l'obligation faite à un enfant de participer à une activité sexuelle illégale.
- l'exploitation d'un enfant dans un cadre de prostitution ou d'autres pratiques sexuelles illégales.
- l'exploitation d'enfants pour des actes ou des documents pornographiques (OMS 1999).

⁴ Constitué pour mettre fin à la violence contre les enfants, particulièrement à la violence sexuelle contre les filles, le partenariat Together for Girls réunit cinq agences de l'ONU sous la direction de l'UNICEF, le gouvernement des États-Unis (via le PEPFAR et ses partenaires d'intervention, la division du CDC sur la prévention de la violence et le Bureau des initiatives mondiales pour les femmes du Secrétariat d'État) et des entreprises privées.

la prévention, les soins et le traitement du VIH, le traitement de la fistule, et la distribution de PPE contre le VIH. Les participants représentaient 8 pays⁵ et 14 organisations.^{6,7}

Ces considérations techniques sont le résultat d'un processus consultatif comprenant la rencontre ainsi que l'incorporation d'avis spécialisés et de commentaires provenant de prestataires expérimentés et d'experts techniques reçus après la rencontre. Ce document doit être utilisé comme guide pour aider les prestataires médicaux à mieux répondre aux besoins uniques et mieux respecter les droits des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles.⁸ Ces considérations techniques s'intéressant spécialement à la prestation de soins et de services cliniques post-viol comprennent des informations sur la mise en place de services adaptés aux besoins uniques des enfants, sur la préparation et l'exécution d'un examen de la tête aux pieds des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, sur la collecte de preuves médico-légales, ainsi que sur le suivi et l'orientation des victimes vers des services psychologiques et de soutien communautaire.

Ces considérations techniques utilisent le mot « enfant » pour décrire les personnes ayant moins de 18 ans. Cette définition est compatible avec les conventions internationales citées dans la définition du mot « enfant » dans le glossaire de la page 67. L'emploi du mot « adolescent » ne vise pas à remplacer le mot « enfant » mais à fournir un mot supplémentaire pour décrire les particularités, la maturation et les stades de développement des personnes de 10 à 19 ans. Le présent document reconnaît que les mots « enfant » et « adolescent » peuvent avoir des significations différentes selon le contexte.

L'expression « enfant exploité ou ayant subi des violences sexuelles » est utilisée tout au long du présent document au lieu des mots « victimes » ou « survivants » (voir définitions dans l'encadré 1). Autant les garçons que les filles peuvent faire l'objet de telles violences et les normes de genres sous-entendent les manifestations spécifiques d'exploitation et de violence sexuelle que subissent les garçons et les filles.

⁵ République démocratique du Congo, Lesotho, Kenya, Mozambique, Afrique du Sud, États-Unis d'Amérique, Zambie et Zimbabwe.

⁶ Centers for Disease Control and Prevention, EnCompass LLC, Emory University School of Medicine, Family Support Trust Clinic, Greater Nelspruit Rape Intervention Program (GRIP), John Snow, Inc., Liverpool VCT, Care and Treatment, Livingston Pediatric Center of Excellence, Bureau du coordinateur mondial sur le SIDA, Panzi Hospital/Panzi Foundation, Together for Girls, UNICEF, United States Agency for International Development.

⁷ Pour de plus amples informations sur cette rencontre, allez sur

http://www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/resources/technical_consultation_materials/prc

⁸ Plusieurs termes peuvent être utilisés pour désigner la violence dont les enfants sont victimes. Le présent document utilise l'expression « enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles » (voir la définition complète dans le glossaire).

INTRODUCTION

CONTEXTE

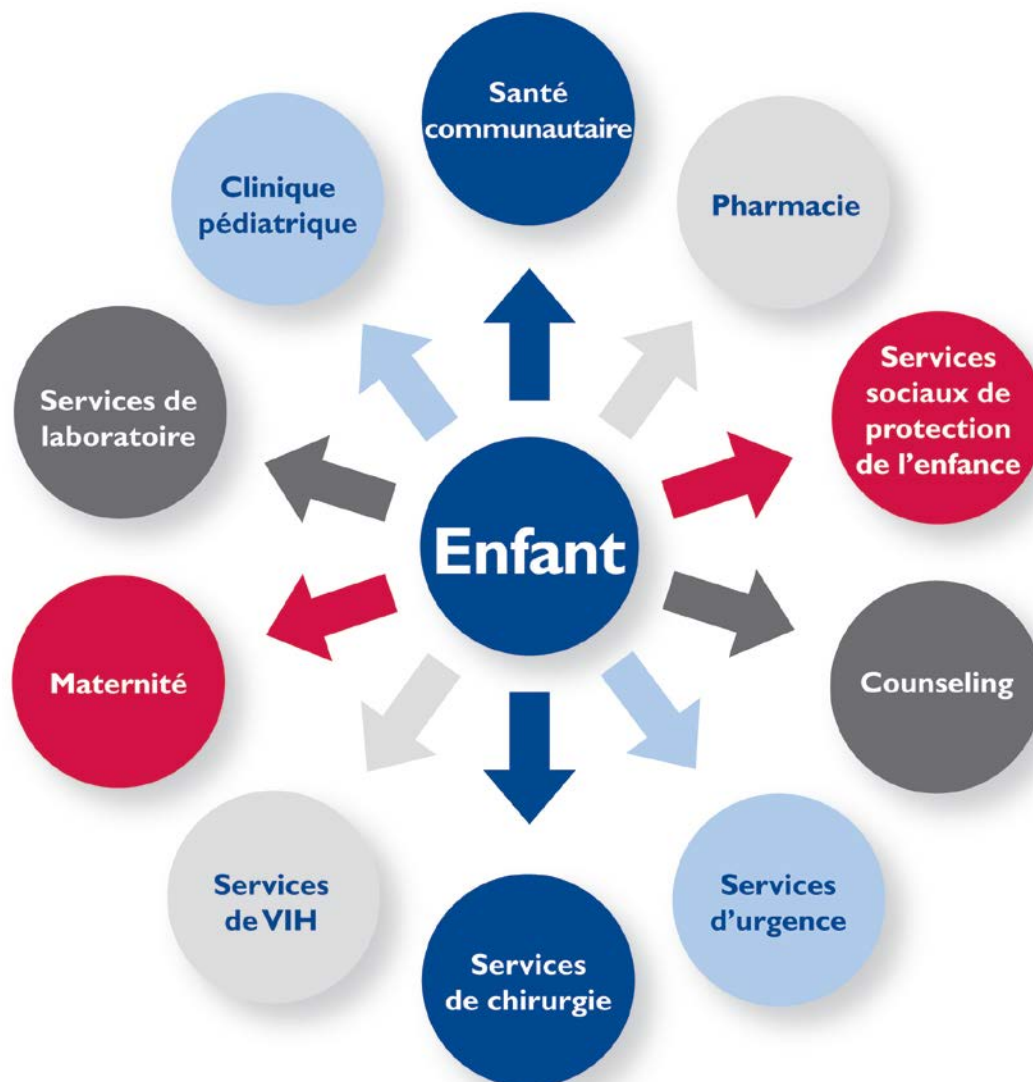
Ces considérations techniques visent à guider l'action des prestataires de soins primaires auprès d'enfants et d'adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Elles reposent sur des pratiques actuelles, basées sur des faits. Elles permettront aussi de documenter les efforts des intervenants PEPFAR et d'autres partenaires offrant des soins cliniques à des enfants et des services de prévention, soins et traitement du VIH/SIDA, afin de renforcer les réponses communautaires envers les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Elles doivent être mises en œuvre en accord avec les directives nationales en vigueur dans le pays d'intervention du prestataire.

Le présent document s'adresse aux prestataires de services dans les cliniques de santé, ce qui comprend notamment les cliniciens, les experts en comportement, les travailleurs sociaux, les prestataires de soins pédiatriques, les intervenants de protection de l'enfance, les spécialistes du VIH et les prestataires de services cliniques à l'enfance. Ce document traite spécifiquement de la gestion clinique des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, mais les communautés doivent également s'efforcer de développer des systèmes complets pour satisfaire les besoins et les droits de ces enfants. Cette réponse complète doit provenir des autorités gouvernementales (c.-à-d. les cliniques, les autorités policières, le système judiciaire, les législateurs, les services d'aide sociale/protection de l'enfance, les conseillers), ainsi que des organisations non gouvernementales et de la société civile. La nécessité d'une telle réponse complète est souvent ignorée, ce qui crée des complications durant la mise en œuvre des programmes (le chapitre 2 contient des informations supplémentaires sur le développement et le renforcement de la réponse clinique).

ACTIONS POUR LES ENFANTS EXPLOITÉS OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

Plusieurs unités des cliniques ou établissements de santé peuvent avoir un rôle à jouer dans le dépistage et l'aide aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, notamment les unités de soins pédiatriques où les enfants peuvent révéler leur situation au prestataire de soins et où un adulte ayant la charge de l'enfant peut demander des soins après une agression contre l'enfant. Il peut également s'agir d'une maternité où un enfant exploité ou ayant subi des violences sexuelles est traité relativement à une grossesse résultant d'une agression. Toutes ces unités peuvent avoir un rôle à jouer dans les interventions et doivent collaborer ensemble pour s'assurer que chaque enfant ait accès aux services dont il a besoin. Compte tenu de la difficulté à assurer les services de suivi dans ces cas, la participation d'autres ressources (p. ex. la pharmacie, les services sociaux et les prestataires de programmes du VIH) peut améliorer la réponse globale. La figure 1 illustre les ressources susceptibles de participer à une approche globale de soins centrée sur l'enfant.

Figure I. Approche de soins centrée sur l'enfant



Les présentes considérations techniques visent à développer, pas remplacer, les directives existantes d'intervention auprès des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, afin d'améliorer l'aide et la gestion médicale des soins post-viol aux enfants. Les publications suivantes ont servi de ressources fondamentales aux présentes considérations techniques :

- Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; Directives de soins médico-légaux aux victimes de violence sexuelle, 2003
- Communauté sanitaire d'Afrique de l'Est, du Centre et de l'Ouest (CS-AECO) ; Directives pour la gestion clinique des cas d'agression sexuelle sur des enfants, 2011.
- International Rescue Committee (IRC) et UNICEF ; Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings, 2012

- Manuel de l’OMS concernant les soins médicaux aux enfants dans les urgences humanitaires, 2008
- USAID ; Protecting Children affected by HIV against abuse, exploitation, violence, and neglect technical report, 2011 (Long 2011)
- OMS et Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ; Gestion clinique des victimes de viol : développement de protocoles d’intervention auprès des réfugiés et des déplacés internes, 2004
- Save the Children UK ; Protecting Children: Community attitudes to child sexual abuse in rural Mozambique, 2007.

ACTIONS CENTRÉES SUR LES ENFANTS

L’exploitation et la violence sexuelle sur les enfants constitue un problème critique reconnu de droits de la personne et de développement, ayant des répercussions importantes au niveau des services de prévention, de soins et de traitement du VIH/SIDA. À l’échelle mondiale, des estimations font état de 150 millions de filles et 73 millions de garçons de moins de 18 ans ayant été victime d’une forme quelconque d’exploitation ou de violence sexuelle (Pinheiro 2006). Les enfants de différents milieux sont en danger d’exploitation et de violence sexuelle à divers endroits de leur communauté, à leur domicile et dans la société en général (Conseil de la population 2008 ; CS-AECO 2010).

Les cas d’enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles diffèrent par plusieurs aspects des cas où les victimes sont des adultes, et ne peuvent donc pas être traités de la même manière. Les cas d’exploitation et de violence sexuelle sur des enfants ont plusieurs particularités uniques attribuables à la dépendance économique des enfants, à leur position sociale faible (particulièrement les filles), aux inégalités de genres, sans oublier les taux élevés de violence basée sur le genre (VBG) et les conséquences graves de l’épidémie de VIH sur les structures familiales et communautaires. À l’instar de la VBG sur les adultes, la VBG sur les enfants est entourée d’une culture de secret, de stigmatisation et de silence car l’entourage considère qu’il s’agit d’affaires privées, particulièrement lorsque l’agresseur est un membre de la famille. Il est aussi nécessaire de renforcer la sensibilisation sur les droits des enfants, sur les actes qui constituent une violence et sur les façons de signaler ces actes (CS-AECO 2010).

La violence sexuelle est souvent cachée et largement sous estimée, surtout lorsque les victimes sont des enfants qui se sentent souvent honteux, effrayés et incapables de verbaliser leur expérience. On estime que seulement 10-20 % des cas d’exploitation et de violence sexuelle sur des enfants sont signalés aux autorités (Pinheiro 2006). Lorsque des enfants révèlent qu’ils sont victimes d’exploitation ou de violence sexuelle, c’est souvent dans le cadre d’un processus plutôt que pour dénoncer un acte précis et leurs sévices sont généralement étalés sur une plus longue période que les adultes. Cette forme de divulgation peut avoir des répercussions importantes pour la gestion médicale des cas et la collecte de preuves médico-légales. Lorsque l’enfant se présente à une clinique, plusieurs de ses besoins médicaux, psychologiques et juridiques ne sont pas encore adéquatement satisfaits. De telles situations sont particulièrement fréquentes en Afrique subsaharienne où plusieurs pays n’ont pas de services complets de soins post-viol et où il existe d’importants vides de coordination et de communication entre les services de santé sexuelle/reproductive et les systèmes judiciaires, ainsi qu’au niveau des lois contre la violence sexuelle (CS-AECO 2010).

CONSÉQUENCES À COURT ET LONG TERME DE L'EXPLOITATION ET DE LA VIOLENCE SEXUELLE SUR LES ENFANTS

La violence sexuelle a des conséquences importantes immédiates et à long terme sur la santé et le bien-être des enfants. Des études ont associé l'exploitation et la violence sexuelle sur les filles à des idées suicidaires, à des grossesses non désirées, à des complications durant la grossesse et à la transmission d'ITS (infections transmissibles sexuellement) (Reza et al. 2009). Les grossesses et les ITS font partie des conséquences immédiates de l'exploitation et de la violence sexuelle. Les filles de moins de 15 ans ont cinq fois plus de risque de décéder durant l'accouchement qu'une femme dans la vingtaine et la grossesse est la principale cause de mortalité dans le monde des femmes de 15 à 19 ans (ICRW 2012).

Outre ces risques immédiats, les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles présentent des taux très élevés de consommation d'alcool et de drogues illicites durant l'adolescence et l'âge adulte (Dubé et al. 2005). Il faut aussi mentionner les effets sur la santé mentale tels que la dépression clinique, les désordres de stress post-traumatique, les désordres comportementaux (Danielson et al. 2010) et les tentatives de suicide, beaucoup plus fréquents que chez les sujets sans antécédent d'exploitation ou de violence sexuelle (Dubé et al. 2005). Les femmes ayant subi durant leur enfance une exploitation ou des violences sexuelles ont deux à trois fois plus de risque de subir de nouvelles agressions sexuelles durant l'âge adulte que les femmes n'ayant pas de tels antécédents (Classen, Palesh et Aggarwal 2005).

L'exploitation et la violence sexuelle augmentent le risque de maladies infectieuses et de maladies chroniques plus tard dans la vie. Les filles ayant été exploitées ou ayant subi des violences sexuelles ont un risque plus élevé d'être infectées par le VIH et d'autres ITS. Même lorsqu'une fille n'est pas infectée immédiatement après un acte d'exploitation ou de violence sexuelle, les recherches indiquent qu'elle devient plus susceptible d'avoir des maladies chroniques et infectieuses plus tard dans sa vie (Jewkes, Sen et Garcia-Moreno 2002).

Cette violence peut aussi avoir des effets négatifs sur l'accès à l'éducation. Souvent les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles sont retirés de l'école par leur famille ou les adultes s'occupant d'eux, ou encore choisissent de quitter l'école à cause de la peur ou d'une dépression. Ensuite, le manque d'éducation, particulièrement chez les filles, peut réduire les possibilités de gagner un revenu capable d'assurer sa subsistance, ce qui perpétue et accentue le cycle de la vulnérabilité et de la dépendance. En fin de compte, ces situations coûtent très cher à la société. Le rapport sur *l'État de l'enfance dans le monde* (UNICEF 2007) révèle que chaque année de scolarisation d'une fille retarde l'âge de son mariage, ce qui réduit le nombre d'enfant qu'elle aura. Les femmes éduquées sont moins susceptibles que les femmes sans éducation de décéder durant une grossesse ou un accouchement.

Des faits recueillis récemment commencent aussi à mettre en lumière l'étendue du problème de l'exploitation et de la violence sexuelle chez les garçons (Graham 2006; Russell 2007; Sivakumaran 2010; Watchlist 2010). Les attitudes et les normes de genres en vigueur dans de nombreux pays, y compris l'idée fautive que seules les filles et les femmes peuvent subir des violences sexuelles, se traduisent souvent par une attention extrêmement faible de la part des prestataires de services et

donc à des actions déficientes au niveau des garçons. Les prestataires de services doivent connaître les normes de genres à l'origine de ces manifestations de violence contre les garçons et les filles, ainsi que les implications de ces normes et attitudes sur le dépistage de ces victimes et la prestation de services significatifs, incluant les soins de suivi.

UNE RÉPONSE GLOBALE À L'EXPLOITATION ET À LA VIOLENCE SEXUELLE SUR LES ENFANTS

Des interventions cliniques efficaces auprès des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles constituent seulement un élément des actions nécessaires des autorités gouvernementales et de la communauté. Des études ont démontré qu'une approche multidisciplinaire améliore la qualité des soins de santé aux victimes d'exploitation ou de violence sexuelle, qu'elle améliore aussi la qualité de la collecte de preuves et qu'elle renforce la capacité des forces de l'ordre à enquêter efficacement et à augmenter graduellement le taux de poursuites en justice (Campbell et al. 2012; Crandall et Helitzer 2003). Les éléments principaux d'une réponse globale à l'exploitation et à la violence sexuelle (y compris au niveau des entités communautaires) sont indiqués dans le tableau 1 et sont décrits de façon détaillée dans la présente section.

La mise en place d'une réponse globale requiert une collaboration et une coordination entre une grande variété de prestataires de services et d'intervenants (gouvernementaux et non gouvernementaux), ainsi qu'une communauté préparée à offrir les services et les soutiens nécessaires aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Un accès rapide aux services et à une assistance médicale est très important, ce qui doit notamment comprendre une évaluation médico-légale, une prophylaxie post-exposition non professionnelle au VIH (PPE_{np}-VIH) et, pour les filles, un accès à des services de contraception d'urgence, lorsque les lois et les protocoles en vigueur le permettent.

Des soins complets doivent répondre aux besoins médicaux, juridiques et psychologiques des enfants, depuis le premier contact jusqu'à la convalescence. Les centres de santé peuvent développer et renforcer les services individuels mais un effort coordonné de tous les intervenants pour offrir une réponse globale et efficace constitue la meilleure manière de satisfaire les besoins et les droits des enfants.

Tableau I. Éléments principaux d'une réponse globale à l'exploitation et à la violence sexuelle

Secteur	Principaux éléments de réponse
Santé	Équipements de protection individuelle/protection contre les pathogènes sanguins
	Collecte d'informations de reconstitution des faits et examen physique réalisés dans le respect de l'enfant
	Tests de grossesse et contraception d'urgence, conformément aux lois et protocoles en vigueur
	Tests de dépistage du VIH
	Counseling sur le VIH
	Prophylaxie post-exposition non professionnelle au VIH (PPEp-VIH)
	Prophylaxie et/ou traitement des infections transmises sexuellement
	Dépistage des problèmes de santé sexuelle
	Vaccination contre l'hépatite B et le tétanos
	Évaluation et traitement des blessures, examen médico-légal et documentation
	Dépistage des problèmes de santé sexuelle
	Counseling post-traumatisme et évaluation de santé mentale
	Orientation vers/depuis les services de police et de soutien
Police/justice	Enregistrement de déposition et documentation dans un cadre adapté aux enfants, libre de toute menace
	Enquête criminelle
	Acquisition et maintien de la chaîne de preuves
	Protection de la sécurité de l'enfant
	Poursuite/condamnation de l'agresseur
	Préparation des témoins et soutien en cour
	Orientation vers/depuis les services de santé et de soutien
Services sociaux	Évaluation psychologique et orientation vers services de soutien psychologique
	Évaluation et organisation de la sécurité
	Offre d'un lieu de vie sécurisé et déplacement de l'enfant si nécessaire
	Réintégration dans la famille/foyer si nécessaire (comprenant l'accès à l'éducation, la formation professionnelle et le soutien de subsistance)
	Counseling psychologique à long terme et réhabilitation
	Orientation vers/depuis les services de police et de santé
	Campagnes de sensibilisation de la communauté et de réduction de la stigmatisation

PRINCIPES DIRECTEURS POUR PRESTATAIRES DE SERVICES MÉDICAUX INTERVENANT AUPRÈS D'ENFANTS EXPLOITÉS OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

Les intervenants s'occupant d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles doivent suivre des principes directeurs s'appliquant au processus décisionnel. Grâce à l'application de ces principes, les prestataires de services auront l'assurance que leurs actes au nom des enfants reposent sur des normes de soins visant à servir la santé et le bien-être des enfants. Il est essentiel que les soins et le soutien soient offerts dans un cadre accueillant pour les enfants et que l'enfant ne se sente jamais revictimisé durant le processus d'intervention. Le tableau 2 énumère ces principes directeurs et les actions correspondantes décrits dans le document du HCR intitulé Directives de prévention et de réponse aux actes de violence sexuelle et dans la Convention des Nations Unies sur les droits des enfants (HCRNU 1995).

Tableau 2. Principes directeurs d'intervention auprès des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles

Principe	Actions
Promouvoir le meilleur intérêt de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Procurer une sécurité physique et psychologique (bien-être) tout au long des soins et des traitements • Évaluer les conséquences positives et négatives des actes avec la participation de l'enfant et de l'adulte en ayant la charge (si approprié) • L'intervention la moins traumatisante et la moins néfaste est toujours préférable • Toutes les interventions doivent se faire sans compromettre le droit de l'enfant à sa sécurité et à son développement
Protection de la sécurité de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la sécurité physique et psychologique de l'enfant • Toutes les interventions doivent protéger le bien-être physique et psychologique de l'enfant à court et long terme
Réconforter l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir réconfort, encouragements et soutien • S'assurer que les prestataires de services sont préparés à traiter correctement la divulgation d'actes d'exploitation ou de violence sexuelle • Croire l'enfant lorsqu'il choisit de divulguer des actes d'exploitation ou de violence sexuelle • Ne jamais blâmer de quelque façon que ce soit un enfant pour l'exploitation ou la violence sexuelle qu'il/elle a subi • S'assurer que l'enfant se sente en sécurité et bien traité lorsqu'il reçoit les services

Principe	Actions
Garantir une confidentialité appropriée	<ul style="list-style-type: none"> • Les informations sur l'exploitation ou la violence sexuelle que l'enfant a subies doivent être recueillies, utilisées et conservées de manière confidentielle • S'assurer que les informations sont recueillies de façon confidentielle durant toutes les phases de soins, y compris durant les entretiens et la collecte d'informations de reconstitution des faits • Communiquer des informations uniquement dans le cadre des lois et politiques locales en vigueur, uniquement aux personnes ayant besoin de ces informations et après avoir obtenu l'autorisation de l'enfant et/ou de l'adulte en ayant la charge • Conserver en lieu sûr toutes les informations sur le cas • Si les lois en vigueur obligent à faire des déclarations aux autorités, l'enfant et l'adulte en ayant la charge doivent en être informés lors de l'entretien • Lorsque la santé ou la sécurité de l'enfant sont menacées, il peut être acceptable de réduire la confidentialité pour protéger l'enfant
Faire participer l'enfant au processus décisionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants ont le droit de participer aux décisions qui auront des répercussions sur leur vie • Le niveau de participation de l'enfant au processus décisionnel doit être adapté au degré de maturité de l'enfant et aux lois locales • Même si les prestataires de services ne sont pas toujours en mesure de respecter les désirs de l'enfant (en fonction du meilleur intérêt de l'enfant), ils doivent toujours responsabiliser et soutenir l'enfant, ainsi que traiter avec lui de façon transparente, ouverte et respectueuse • Si les souhaits de l'enfant ne peuvent pas être respectés, les raisons qui motivent cela doivent être expliquées
Traiter chaque enfant de façon juste et équitable	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer avec tous les enfants le principe de non discrimination et de participation active • Tous les enfants doivent avoir la possibilité de recevoir la même qualité de soins et de traitement, sans tenir compte de leur origine ethnique, de leur religion, de leur sexe, de leurs capacités/incapacités, de leur situation familiale, du statut légal de leurs parents ou adultes responsables, de leur bagage culturel ou de leur situation financière, afin que chacun ait la même possibilité d'épanouir tout son potentiel • Aucun enfant ne doit être traité de façon non équitable pour quelque raison que ce soit

Principe	Actions
Renforcer les résiliences de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque enfant possède des capacités et des forces uniques, ainsi que la capacité de guérir et se remettre • Identifier et utiliser les forces naturelles de l'enfant et de sa famille dans le cadre de son processus de guérison et de récupération • Les facteurs favorisant la résilience de l'enfant doivent être identifiés et utilisés durant la phase de soins • Les enfants conscients de leur force qui ont des relations affectives saines et des possibilités de participation significative à la vie de la famille et de la communauté ont plus de chances de se remettre et de guérir d'un épisode d'exploitation ou de violence sexuelle (Perry 2007)
Les prestataires de soins de santé doivent avoir la formation et les compétences nécessaires pour s'occuper d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles	<p>Tous les prestataires responsables de soins à des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivre un programme de formation et d'orientation sur la violence sexuelle, sur les soins post-viol et sur les protocoles d'orientation vers d'autres intervenants • Avoir reçu une formation spécialisée sur les examens médico-légaux • Avoir reçu une formation avancée et comprendre les procédures de contraception d'urgence conformément aux lois et protocoles en vigueur localement (là où ces procédures sont légales), ainsi que sur les procédures de PPEpVIH, de prophylaxie d'ITS et de vaccination d'hépatite B, de même que sur l'importance d'une intervention rapide <p>Les centres médicaux doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désigner et former des praticiens spécialisés (médecins, infirmières médico-légales ou officiers cliniques) chargés de donner aux enfants les services et les soins post-viol dont ils ont besoin
La santé et le bien-être de l'enfant doivent toujours prévaloir sur la collecte des preuves	<ul style="list-style-type: none"> • Les priorités sont l'intervention de crise, le traitement des blessures graves, la prévention, le dépistage et le traitement du VIH, les soins de grossesse et le dépistage/traitement des ITS • La préoccupation de bien-être doit être de faire en sorte que l'enfant conserve sa dignité après les actes d'exploitation ou de violence sexuelle, qu'il ne se sente pas sous pression, humilié ou de nouveau traumatisé durant les prestations de services • Un enfant ne doit JAMAIS être forcé de se soumettre à un examen médico-légal contre sa volonté sauf si l'examen est nécessaire à son traitement médical (OMS 2003)

Principe	Actions
<p>La déclaration à la police ne doit pas être une condition à l'obtention de soins médicaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La décision de l'enfant concernant l'intervention de la police doit toujours être respectée • L'enfant ne doit jamais être obligé, pressé ou forcé de déclarer à la police les actes d'exploitation ou de violence sexuelle dont il a été l'objet pour ensuite pouvoir recevoir des soins médicaux • Il arrive fréquemment que des professionnels de la santé disent à un enfant qu'une déclaration à la police doit être faite et qu'ils doivent obtenir le formulaire de déclaration avant que l'établissement ne procède à un examen • Les déclarations aux autorités sont souvent reliées au paiement de frais ; certains hôpitaux acceptent de fournir gratuitement leurs soins uniquement si le patient a déclaré les faits à la police et s'il est en possession de formulaires officiels remplis. Dans la plupart des cas, ces exigences sont simplement d'ordre procédural et ne sont pas imposées par des lois, de sorte qu'elles peuvent donc être changées au niveau de l'établissement. • Des efforts doivent être faits par l'établissement pour appliquer une politique claire sur les déclarations à la police, conforme avec les politiques nationales, permettant une approche centrée au maximum sur le patient • Les formulaires de police doivent idéalement être disponibles gratuitement dans le centre constituant le point d'entrée des enfants dans le système • Il est nécessaire d'offrir à chaque enfant la gamme complète de services existants, y compris la contraception d'urgence où elle est légale, la PPEmp-VIH et d'autres services de santé utiles même si aucun médecin n'est disponible pour signer les formulaires médico-légaux ou si l'enfant choisit de ne pas faire de déclaration à la police
<p>Utiliser une approche de soins donnant la priorité au patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels travaillant auprès d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles doivent avoir une bonne connaissance des approches de soins inclusifs de tous les patients, peu importe leur degré de capacité • Reconnaître que les enfants handicapés (handicap physique, mental et/ou psychologique) sont plus vulnérables à l'exploitation et à la violence sexuelle, et qu'ils ont un droit égal aux soins et aux traitements • S'assurer qu'une personne qualifiée est disponible au besoin pour communiquer avec des moyens spéciaux (p. ex. langage des signes) avec les patients ayant besoin d'une telle approche

ÉTABLIR ET RENFORCER LES INTERVENTIONS AUPRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EXPLOITÉS OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

Des interventions efficaces de prévention et d'action auprès des enfants et adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles doivent utiliser des modèles d'équipe multidisciplinaire et des approches de « participation de toute la communauté ». Pour que les interventions répondent à tous les besoins et droits des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, il faut renforcer les systèmes de santé (notamment par une amélioration des installations et des infrastructures, par une capacité accrue des prestataires et par un renforcement des protocoles et des systèmes de supervision, comprenant les systèmes d'archives pour la gestion des cas), améliorer les procédures d'orientation vers d'autres services et resserrer les liens entre les services cliniques et les autres groupes d'intervenants.

Même si des améliorations peuvent être faites pour renforcer les interventions médicales auprès des enfants et adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles, il faut prendre le temps de bien évaluer les forces et faiblesses de la communauté, ainsi que d'identifier les recommandations prioritaires à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé.

Il est essentiel que les soins et le soutien soient offerts dans un cadre accueillant pour les enfants et que l'enfant ne soit jamais revictimisé durant le processus d'intervention.

INFRASTRUCTURE

L'infrastructure de base nécessaire à une intervention par l'ensemble du système comprend une action policière d'enquête sur les aspects criminels des actes d'exploitation et de violence sexuelle contre des enfants, une action judiciaire pour punir les agresseurs, une action médicale pour traiter les conséquences immédiates et à long terme des actes commis sur les enfants, ainsi qu'une action sociale globale (y compris des services d'assistance sociale et de soutien communautaire) se chargeant de la convalescence, de la réhabilitation et de la sécurité de l'enfant.

Puisque le présent document traite essentiellement de la gestion clinique des cas d'exploitation et de violence sexuelle sur les enfants et les adolescents, il s'intéresse spécifiquement à l'infrastructure médicale. Cependant, il est essentiel que tous les composants de l'infrastructure soient couverts lors

du développement et de la mise en œuvre des programmes afin que l'enfant soit tenu à l'abri de toute exploitation ou violence sexuelle.

INTERVENTION SUR SITE

Les examens médico-légaux doivent être effectués dans le centre médical offrant le meilleur accès à la gamme complète de services pouvant être nécessaires à l'enfant. Idéalement, il doit s'agir d'un hôpital ou d'une clinique. Il est possible qu'un enfant se présente avec des problèmes de santé graves (p. ex. blessure à la tête, hémorragie) nécessitant une intervention médicale urgente et un traitement. En outre, il doit pouvoir bénéficier d'un accès rapide à une grande variété de services de laboratoire et de counseling. Les enfants doivent avoir accès aux services 24 heures sur 24. Si cette accessibilité n'est pas possible, les enfants doivent avoir accès à la clinique durant toutes ses heures d'ouverture ou la clinique peut utiliser un système d'assistance sur appel.⁹

Quel que soit le lieu désigné, les soins doivent être administrés avec éthique, compassion, objectivité et une priorité à l'enfant tenant toujours compte de la sécurité, de la confidentialité et du meilleur intérêt de l'enfant. Idéalement, l'environnement physique doit être rassurant et accueillant pour l'enfant. Il n'est pas très coûteux de peindre les murs et d'ajouter de affiches murales, des coussins, des couvertures et des jouets pouvant aider les enfants à se sentir à l'aise durant les examens.

Il est possible que des contraintes de ressources empêchent d'offrir les services dans un cadre idéal, mais il doit être possible de garantir une certaine qualité des installations en faisant en sorte qu'elles soient accessibles, sécuritaires, propres et confidentielles (OMS 2003).

- **Sécurité.** Dans certains cas, il peut exister une opposition envers l'existence de services aux victimes de violence sexuelle (venant de certaines personnes ou de la communauté), de sorte que des mesures adéquates doivent être prises pour protéger les enfants, le personnel, les dossiers médicaux et le site même. Ces mesures peuvent comprendre un garde pour contrôler l'accès, un éclairage adéquat, une surveillance vidéo, des serrures aux portes et aux armoires et des équipements de prévention des incendies.
- **Propreté.** Des normes strictes d'hygiène doivent être appliquées pour toute prestation de services médicaux. Le site doit respecter les réglementations locales de salubrité et de sécurité, concernant les procédures de désinfection et d'élimination des déchets, ainsi que les équipements de ventilation, d'égout, d'adduction d'eau, d'électricité et de prévention des incendies.
- **Confidentialité.** Les personnes non autorisées ne doivent pas pouvoir entendre ou voir le moindre aspect des consultations. Les salles d'examen doivent avoir des murs et une porte, pas seulement des rideaux. Les agresseurs doivent être maintenus séparés des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles.
- **Accès.** Il est important de faire en sorte que le site puisse accueillir les personnes handicapées sans créer de barrières physiques, de communication ou d'attitude pour l'accès aux services. Si un nouveau site est aménagé ou construit, il est important de faire en sorte qu'il soit immédiatement accessible aux personnes handicapées. Il est moins coûteux de faire ces aménagements au début que de reconstruire/modifier plus tard.

⁹ Les systèmes d'assistance sur appel peuvent utiliser une liste de prestataires pouvant se rendre à la clinique pour venir en aide aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles.

Le tableau 3 présente une liste de normes minimales à respecter pour offrir des soins complets à des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles.

Tableau 3. Normes minimales à respecter pour offrir des soins post-viol complets¹⁰

Caractéristiques du site	Normes minimales de gestion médicale	Exigences de déclaration et de documentation	Exigences minimales de ressources humaines
Tous les centres médicaux de base sans laboratoire (publics et privés)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion et traitement d'urgence des blessures et orientation selon les besoins • Récit des faits détaillé, examen et documentation • Orienter le patient pour dépistage du VIH, PPE, contraception d'urgence et traitement/prophylaxie d'ITS 	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir les formulaires de soins post-viol conformément au protocole local • Tenir à jour le registre de soins post-viol • S'assurer que le patient reçoit une copie du formulaire qu'il devra apporter au laboratoire 	Un médecin ou une infirmière ayant reçu une formation spéciale
Tous les centres médicaux avec laboratoire (publics et privés)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion et traitement d'urgence des blessures et orientation selon les besoins • Récit des faits détaillé, examen et documentation • Offrir des services de PPE et de contraception d'urgence (même si aucun suivi n'est possible) et de prophylaxie/traitement d'ITS • Lorsque des services de counseling du VIH sont disponibles, offrir un counseling initial 	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir les formulaires de soins post-viol conformément aux protocoles locaux • Tenir à jour le registre de soins post-viol • Tenir à jour le registre de laboratoire • Orientation vers un centre de soins post-viol complets 	<p>Un médecin, une infirmière ou un clinicien ayant reçu une formation spéciale</p> <p>Un conseiller ayant reçu une formation spéciale (lorsque des services de counseling sont disponibles)</p>

¹⁰ Ce tableau a été adapté des directives nationales kenyanes de gestion médicale des cas de violence sexuelle.

Caractéristiques du site	Normes minimales de gestion médicale	Exigences de déclaration et de documentation	Exigences minimales de ressources humaines
Tous les centres médicaux avec soins de VIH et ARV ou clinique de soins complets pouvant suivre l'administration d'ARV (avec capacité d'offrir des services post-viol complets) (centres médicaux publics et privés)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion et traitement des blessures • Récit des faits détaillé, examen et documentation • Offrir des services de contraception d'urgence et de PPE, incluant une gestion continue des PPE • Offrir des services de prophylaxie ou traitement des ITS • Offrir des services de counseling et de soutien, de dépistage du VIH et de suivi des PPE 	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir le formulaire de soins post-viol conformément aux protocoles locaux • Tenir à jour le registre de soins post-viol • Tenir à jour le registre de laboratoire et d'analyses post-viol • Remplir le formulaire de soins post-viol pour la gestion du suivi des enfants 	<p>Un médecin, une infirmière ou un clinicien ayant reçu une formation spéciale en gestion des PPE/ARV</p> <p>Un conseiller ayant reçu une formation spéciale (traumatisme, dépistage du VIH, suivi des PPE et counseling)</p> <p>Laboratoire de dépistage du VIH et du virus d'hépatite B</p>

CADRE D'INTERVENTION

Les enfants et les adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles peuvent arriver à divers points du système de santé. Par conséquent, tous les établissements de santé doivent être en mesure de reconnaître les cas d'exploitation ou de violence sexuelle et offrir les services appropriés aux enfants ayant subi de tels sévices, peu importe qu'un examen médico-légal soit ou non nécessaire. Si un tel programme n'est pas déjà en place, les établissements de santé doivent développer un programme de formation spécial pour leur personnel, ainsi que des politiques et des procédures de services aux enfants et adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles.

L'idéal est que les services de santé et médico-légaux soient offerts simultanément, au même endroit et préférablement par le même prestataire de soins. Les décideurs politiques et les professionnels de la santé sont encouragés à développer ce modèle de prestation de services. L'annexe 15 présente deux exemples de centres avec services complets.

Dans certains pays, les composants médicaux et médico-légaux des services nécessaires aux victimes sont offerts à différents moments, dans des lieux différents et par des personnes différentes. De tels processus sont inefficaces, inutilement compliqués et surtout, ils ajoutent un fardeau dont les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles n'ont vraiment pas besoin. Idéalement, les interventions médicales et médico-légales doivent avoir lieu en même temps, dans le même lieu et préférablement par le même prestataire de soins (OMS 2003).

Quel que soit le type d'établissement, l'espace utilisé par le prestataire pour les examens doit être aménagé de la façon suivante :

- Ambiance accueillante pour les enfants (esthétiquement)
- Confidentialité visuelle et auditive (une porte qui se ferme au lieu d'un rideau)
- Température neutre (ni trop chaud ni trop froid)
- Chemisette et literie propre fournis par l'établissement à chaque enfant
- Éclairage approprié
- Accès immédiat à de l'eau propre et du savon
- Accès immédiat à des toilettes propres et à des douches, si possible
- Une table ou un bureau
- Un téléphone, si disponible
- Accès à une salle d'attente/soutien pour les membres de la famille non agresseurs, le soutien personnel, etc.
- Disponibilité d'eau potable et d'aliments simples.

MATÉRIEL

Concernant les autres types d'établissements médicaux (p. ex. un service d'urgence), les coûts encourus pour acheter le matériel de soins aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles sont relativement faibles et les coûts de l'équipement initial sont surtout des achats non récurrents. Il peut être possible d'obtenir plusieurs des fournitures nécessaires de divers services de l'hôpital et les coûts récurrents du matériel jetable devraient être minimales.

L'annexe 4 présente une liste complète du matériel nécessaire pour offrir une gamme complète de services médicaux et médico-légaux aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Le manque de ressources financières est probablement le principal facteur déterminant la qualité et la quantité des équipements obtenus et entretenus. L'encadré 2 présente une liste du matériel minimal nécessaire.

Le matériel supplémentaire nécessaire pour réaliser des examens médico-légaux est décrit dans le chapitre 3.

Encadré 2 : ÉQUIPEMENT MINIMUM NÉCESSAIRE

- Table d'examen/lit/brancard compatible avec les positions de lithotomie
- Gants d'examen non stériles, sans poudre
- Spéculum pour enfants **pubères** UNIQUEMENT
- Matériel pour réaliser des cultures
- Lubrifiant
- Trousses de collecte de preuves
- Fournitures médico-légaux : sacs en papier, ruban adhésif médico-légal pour fermer les sacs, récipients, cotons-tiges, etc.
- Appareil photo numérique, si possible
- Lieu protégé sur site pour conserver les images intimes, le cas échéant
- Loupe portative

PLANIFICATION, DÉVELOPPEMENT ET ÉVALUATION/SUIVI DES PROGRAMMES

Les activités d'évaluation/suivi sont importantes pour maintenir une grande qualité de service et un niveau de soins satisfaisant. Les résultats d'évaluation des forces et faiblesses d'un site peuvent être utilisés pour modifier et améliorer les services au besoin. Ils peuvent aussi être utiles aux administrateurs et aux gestionnaires pour décider de l'allocation de ressources limitées. Les outils d'évaluation/suivi peuvent comprendre des enquêtes de satisfaction des patients et de collecte d'informations sur le nombre d'enfants et d'adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles vus chaque mois et sur ceux qui reviennent pour un suivi.

Lorsque vous planifiez ou modifiez des services existants afin d'inclure les soins aux enfants et adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles, plusieurs questions doivent être considérées et répondues en fonction du contexte. Ces questions sont énumérées dans le tableau 4.

Tableau 4. Processus de planification et de développement de programme

Étape ou phase	Processus de planification	Considérations
1.	Évaluation des besoins de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi est-ce que la communauté doit améliorer ou créer un ensemble de services pour les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles ? • Que se passe-t-il actuellement dans la communauté lorsqu'un enfant veut déclarer avoir été exploité ou avoir subi des violences sexuelles ? • Qu'est-ce qui empêche actuellement d'offrir une intervention efficace ? • Comment les lois et réglementations locales affectent-elles les actions de la communauté ?
2.	Évaluation des besoins du site	<ul style="list-style-type: none"> • Quels types d'établissements de santé existent déjà ? • Qu'est-ce qui peut empêcher des enfants d'avoir accès aux services ? • Qui sont les prestataires de soins de santé dans la région ? • Quelle est leur expérience auprès des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles ? • Quels sont les besoins de formation des prestataires de soins aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles ? • Quelles sont les lois, les réglementations et les politiques institutionnelles s'appliquant aux procédures de : <ul style="list-style-type: none"> ○ consentement ? ○ collecte de preuves médico-légales ? ○ d'accès/administration de contraceptifs d'urgence ? • Quels types de services de laboratoire sont disponibles ? • Quels types de médicaments sont disponibles ? • Quels types d'équipements médicaux sont disponibles ?

Étape ou phase	Processus de planification	Considérations
3.	Développement et mise en œuvre du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Comment pouvez-vous définir la mission, les buts et les objectifs du programme ? • Quel financement est disponible ? • Quels services seront offerts ? • Quels horaires de fonctionnement sont envisagés? • Est-ce que ces horaires conviennent aux besoins des femmes, des enfants, des adolescents et des hommes ? • Qui sont les partenaires potentiels dans la communauté ? • Quels types de services d'orientation sont disponibles localement (p. ex. médecins spécialistes, programmes d'urgence viol, refuges d'urgence, services spécialisés pour enfants) ? • Quelle sera la personne responsable et quelles qualifications devra avoir cette personne ? • Des protocoles formels seront-ils développés ? • Est-ce que les rôles des différents prestataires sont clairement délimités (p. ex. infirmières, médecins, travailleurs sociaux, auxiliaires de santé) ? • Combien de personnes sont nécessaires ? • Qui se chargera d'organiser et de donner la formation nécessaire aux prestataires et aux partenaires communautaires ?
4.	Évaluation du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Quels outils d'évaluation/suivi seront nécessaires et comment seront-ils développés ? • Quels mécanismes d'assurance qualité seront mis en place concernant les soins aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles ? • Comment le programme évaluera-t-il les services offerts (p. ex. avec des questionnaires de satisfaction des patients) ? • Comment le programme fera-t-il le suivi des résultats, du rendement et des services fournis (p. ex. nombre enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles reçus chaque mois, avec leur âge et leur sexe, nombre d'enfants revenant pour un suivi, nombre de programmes ou d'activité de formation offerts à la communauté ou aux professionnels de la santé) ? • Comment le programme évaluera-t-il les résultats au niveau des patients (p. ex. nombre enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles infectés par une ITS, nombre de grossesses [avec informations sur l'âge et le sexe des enfants demandant des soins] résultant de relations d'exploitation ou de violence sexuelle) et le respect des ordonnances par les patients ?

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU PRESTATAIRE DE SOINS

Lorsque des enfants et des adolescents sont exploités ou subissent des violences sexuelles, la responsabilité du prestataire de soins va bien au delà des soins médicaux nécessaires aux enfants. Les prestataires doivent contribuer à la prévention de l'exploitation et de la violence sexuelle. Ils doivent également être disposés à se présenter en cour afin qu'il n'y ait pas d'impunité pour la violence en général, mais surtout celle contre les enfants. La liste ci-dessous indique les rôles et les responsabilités des prestataires intervenant auprès des enfants et des adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Leurs soins doivent être prodigués de manière confidentielle et sans jugement.

Rôles et responsabilités du prestataire de soins :

- Fournir les soins médicaux nécessaires, incluant le traitement des blessures, la prévention des maladies à long terme et les conséquences de la violence
- Collecte d'échantillons médico-légaux
- Dépistage des cas d'exploitation et de violence sexuelle
- Communiquer avec les enfants et adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles en faisant preuve de compassion et de compréhension
- Reconnaître les effets potentiels à long terme de l'exploitation et de la violence sexuelle sur la santé et le bien-être des enfants
- Consigner par écrit les observations médico-légales pertinentes
- Consigner par écrit les blessures observées et effectuer une évaluation physique
- Dépister et traiter les VIH et les autres ITS, avec prestation de conseils
- Offrir des services de PPEmp-VIH
- Prévenir les grossesses non désirées
- Remplir les formulaires de police appropriés (selon les pays)
- Fournir une orientation vers les ressources communautaires appropriées
- Orienter les enfants/adolescents vers d'autres soins et services (selon leurs besoins et leurs désirs)
- Fournir des témoignages en cour sur demande

Le prestataire de soins n'a pas pour rôle de déterminer si un enfant a vraiment été exploité ou a subi une violence sexuelle. Des informations détaillées sur les rôles et les responsabilités des prestataires de soins sont disponibles dans le chapitre 3.

EDUQUER ET FORMER DES PRESTATAIRES DE SOINS

Pour créer une norme de référence concernant les soins aux enfants et aux adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles, les prestataires de soins doivent pouvoir discerner les mythes de la réalité. Plusieurs normes de formation ont été formulées et varient selon la discipline des prestataires. Par exemple, en Afrique du Sud, il existe un programme intitulé « *Caring for survivors of sexual assault and rape: A training programme for health care providers in South Africa* ». Ce curriculum a été développé avec une approche holistique de soins et reconnaît l'importance centrale de la satisfaction des besoins de santé essentiels afin d'atténuer les conséquences des agressions sexuelles. L'OMS recommande que les prestataires de soins intervenant auprès d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles reçoivent une formation spécialisée couvrant les aspects médico-légaux des prestations de service (OMS 2003). La même recommandation décrit un programme de formation de l'Association internationale des infirmières médico-légales dont le contenu est décrit ci-dessous. Quelle que soit la discipline, la formation doit au moins comprendre les éléments suivants :

- Contexte social de l'exploitation et de la violence sexuelle
- Définitions
- Offrir des services dans un cadre accueillant pour les enfants
- Examen médico-légal des enfants
- Interprétation correcte des observations
- Traitements adaptés aux particularités des enfants prépubères et des adolescents
- Dynamique de l'exploitation et de la violence sexuelle contre les enfants et défis associés à la divulgation de ces faits
- Techniques de collecte d'informations de reconstitution des faits adaptées au développement des enfants
- Élaboration de protocoles cliniques
- Exigences juridiques de documentation
- Consignation par écrit des examens et des traitements
- Thème du consentement éclairé
- Éviter les pressions des autres disciplines
- Cadre juridique local
- Contrôle de qualité et vérification par des pairs
- Exigences légales s'appliquant aux prestataires (déclarations obligatoires, etc.)
- Orientation vers d'autres services de la communauté pouvant aider les enfants et les adultes qui en ont la charge
- Éducation des intervenants d'autres disciplines sur le rôle du prestataire de soins médicaux
- Prévention, dépistage et gestion des traumatismes secondaires

Après leur formation initiale, les prestataires de soins médicaux doivent avoir la possibilité d'approfondir leur formation, ainsi que de participer à des processus de contrôle de qualité et d'évaluation par des pairs. Une formation adéquate sur la dynamique de l'exploitation et de la violence sexuelle contre les enfants et les adolescents est essentielle aux professionnels de la santé pour s'assurer de ne pas causer un préjudice supplémentaire aux enfants et à leur famille à cause d'un diagnostic manqué ou au contraire surévalué.

Les prestataires de soins médicaux doivent recevoir une formation basée sur des méthodes et des principes destinés à des adultes, comme l'apprentissage participatif, la réflexion critique, la discussion, le travail en petits groupes, les études de cas, les démonstrations et les jeux de rôles. Dans la mesure du possible, la formation doit être réalisée dans un environnement clinique réel, avec l'aide de prestataires ayant l'expérience des enfants et des adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles.

Il est essentiel que les professionnels de la santé demeurent objectifs et libres de tout préjugé lorsqu'ils interviennent auprès d'enfant et d'adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Il est possible d'offrir des services objectifs sans sacrifier la sensibilité et la compassion.

Dans plusieurs pays, le sexe des professionnels de la santé peut avoir une importance critique. Les directeurs et gestionnaires d'établissements de santé doivent s'assurer que des hommes et des femmes médecins et infirmiers sont disponibles dans la mesure du possible, et qu'ils/elles sont encouragés à recevoir une formation sur les soins aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles.

ÉDUCATION DES FORCES POLIÉIÈRES

Dans la plupart des pays, outre les normes de soins, des protocoles, des règles ou des lois locales régissent les services médico-légaux aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Le non-respect des règles ou des lois locales peut nuire aux enquêtes et aux procédures judiciaires, ce qui peut avoir des répercussions sur la sécurité des enfants. Il est donc impératif que les professionnels de la santé aient une bonne connaissance des soins nécessaires, mais aussi des protocoles, des lois et des réglementations s'appliquant localement aux cas d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles.

Il est également très important que les forces policières traitent de façon prioritaire les cas d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, tant au niveau des enquêtes que des poursuites. En général, il faut que la police collabore étroitement avec des services sociaux, les familles et les autres ressources de la communauté.

DÉCLARATION DES CAS D'EXPLOITATION ET DE VIOLENCE SEXUELLE

Toutes les communautés ont leurs propres lois et politiques régissant les procédures de déclaration ou de dénonciation d'actes suspects d'exploitation ou de violence sexuelle. La plupart des juridictions ont également une structure de déclaration obligatoire pour les professionnels travaillant auprès des enfants et l'omission de déclarer un cas constitue souvent un crime. En général, les lois sur les déclarations obligatoires laissent aux enquêteurs le soin de déterminer s'il y a vraiment eu des actes de violence et cette tâche ne revient alors pas à la personne signalant des faits suspects. Il est essentiel que les prestataires connaissent les lois locales sur les déclarations de cas d'enfants

exploités ou ayant subi des violences sexuelles. S'il n'existe localement aucune loi ou réglementation sur la déclaration aux autorités des cas d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, le professionnel de la santé devra collaborer avec d'autres services (p. ex. services sociaux ou d'aide à l'enfance) pour définir la meilleure procédure à suivre pour tenter de protéger l'enfant contre d'autres actes d'exploitation ou de violence sexuelle (voir encadré 3).

Encadré 3 : RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES

Les éléments suivants doivent faire partie intégrale de toute prestation de services de qualité aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles et doivent être disponibles dans tout centre désirant répondre aux besoins et aux droits de ces enfants.

- Mécanismes de déclaration aux autorités criminelles et de protection de l'enfance de tous les cas d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles
- Procédures/protocoles/documentation concernant la collecte, la conservation et le transport des échantillons de preuve
- Services de contraception d'urgence, là où ils sont légaux
- Disponibilité immédiate de tests de dépistage du VIH et de PPEmp-VIH
- Disponibilité des formulaires officiels obligatoires et de modèles de documents admissibles devant les tribunaux
- Professionnels de santé (médecins, infirmières, personnel clinique) ayant toutes les autorisations officielles d'exécuter les examens médicaux, de signer les rapports de police et de présenter des preuves médicales en cour
- Application de règles officielles concernant l'exécution d'un examen médico-légal sur les enfants
- Connaissance des exigences d'admissibilité en cour des preuves d'exploitation et de violence sexuelle pouvant être recueillies par le personnel médical (sang, urine, vêtements, poils, fibres)
Connaissance de la disponibilité d'analyses de preuves médico-légales
- Personnes recueillant ou manipulant les preuves sachant comment préserver la chaîne de garde
- Savoir si un rapport de police doit être rempli avant de commencer l'examen et, le cas échéant, savoir où obtenir le formulaire approprié de documentation de l'examen
- Avoir sur place les formulaires de police nécessaires pour documenter les interventions
- Identifier la personne responsable de recueillir les formulaires signés et de les remettre à la police (p. ex., au Kenya, c'est la victime d'exploitation ou de violence sexuelle)
- Connaître les frais exigés (s'il y a lieu) pour les services médico-légaux, les analyses de laboratoire et les formulaires nécessaires

COLLABORATION AVEC D'AUTRES SERVICES

Il est important que les professionnels de santé intervenant auprès des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles collaborent avec la police et le système judiciaire, ainsi qu'avec les services sociaux, les centres d'aides aux victimes de viol, les ONG, les organisations de personnes handicapées et les autres agences appelées à intervenir afin de répondre ensemble aux besoins complexes et aux droits des enfants ou adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Une collaboration efficace entre ces réseaux pourra contribuer à la supervision des prestations de service, à la sécurité de l'enfant et à la formation des intervenants d'autres disciplines. Le rôle principal du prestataire est de fournir des soins médicaux, mais il doit aussi reconnaître son rôle comme partie intégrale d'une équipe responsable de fournir une gamme de services coordonnés aux enfants et adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles. L'équipe interdisciplinaire d'intervention devrait aussi comprendre les personnes suivantes :

- Experts en counseling
- Intervenants communautaires de soutien/gestion de crise
- Prestataires de services sociaux/protection de l'enfance
- Leaders religieux
- Directeurs d'hôpitaux
- Personnel de pharmacie
- Laboratoires médicaux et médico-légaux

GESTION MÉDICO-LÉGALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EXPLOITÉS OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

L'accès à des traitements et des soins spécialisés est un composant essentiel de toute intervention holistique auprès d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Les prestataires de services médicaux doivent être prêts à offrir avec compassion des services complets à toutes les personnes exploitées ou ayant subi des violences sexuelles, y compris les enfants. Le personnel médical doit recevoir une formation sur les soins cliniques aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles : Il doit également avoir les équipements et les fournitures nécessaires aux traitements (IRC UNICEF 2011).

L'évaluation des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles doit comprendre les étapes suivantes :

- Obtention d'un consentement éclairé
- Obtention d'informations de reconstitution des faits auprès de toutes les sources appropriées
- Exécution d'exams physiques
- Traitement des blessures
- Collecte de preuves médico-légales
- Offre de traitement préventif d'ITS
- Offre de services de dépistage du VIH et counseling
- Offre de traitement préventif du VIH
- Prévention de grossesse
- Offre de soutien psychologique et de suivi

Si possible, l'évaluation médico-légale doit être réalisée par un examinateur sachant bien communiquer avec des enfants à différents stades de leur développement et ayant reçu une formation concernant les traitements et les soins des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Des consultations avec un spécialiste des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles ou avec un centre d'évaluation (lorsqu'ils existent) peuvent être utiles pour traiter les cas les plus difficiles, notamment lorsqu'il existe d'autres problèmes familiaux comme la violence familiale, l'alcoolisme ou la toxicomanie (CS-AECO 2011).

Le prestataire doit toujours se rappeler que l'objectif principal de l'évaluation des enfants et des adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles est de leur offrir des traitements et des soins avec compassion, adaptés à leur stade de développement.

SIGNES ET SYMPTÔMES D'EXPLOITATION ET DE VIOLENCE SEXUELLE

L'exploitation et la violence sexuelle peuvent survenir à tous les âges de l'enfance, dans tous les milieux, dans toutes les cultures et dans toutes les classes/castes. Les prestataires de services doivent apprendre à reconnaître les signes et symptômes laissant entrevoir une possibilité d'exploitation ou de violence sexuelle. Ces signes et symptômes sont généralement physiques ou comportementaux, mais aucun signe ou symptôme ne doit être utilisé seul pour conclure à la présence d'exploitation ou de violence sexuelle. Certains enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles ne présentent aucun signe ou symptôme de leur situation. Les comportements sexuels des enfants peuvent être normaux ou agressifs, de sorte que les cliniciens doivent apprendre à discerner ce qui est approprié pour chaque stade de développement (voir tableau 5) et comment d'autres types de stress ou de traumatismes peuvent affecter un enfant (p. ex. guerre, décès dans la famille, etc.) (Friedrich et al. 2001; Silovsky et Niec 2002).

Tableau 5. Comportements sexuels normaux chez tous les enfants (Hagan et al. 2008) (AAP 2005)

Stade de développement	Comportement sexuel commun
Présoclaire (avant 4 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer et toucher ses parties intimes, en public et en privé • Frotter ses parties intimes (avec la main ou contre des objets) • Montrer ses parties intimes à d'autres personnes • Essayer de toucher les seins de la mère ou d'autres femmes • Enlever ses vêtements et vouloir être nu • Tenter de voir d'autres personnes lorsqu'elles sont nues ou en train de se déshabiller (notamment dans la salle de bain) • Poser des questions sur leurs parties intimes et les fonctions des organes de leur corps ou des autres • Parler à des enfants de leur âge à propos de fonctions corporelles (p. ex. « popo » et « pipi »)
Jeunes enfants (4-6 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Toucher volontairement ses parties intimes (masturbation), parfois en présence d'autres personnes • Tenter de voir d'autres personnes lorsqu'elles sont nues ou en train de se déshabiller • Mimer des comportements amoureux (p. ex. baisers ou se tenir par la main) • Parler des parties intimes et utiliser des mots « grossiers » même lorsqu'ils n'en connaissent pas la signification • Explorer ses parties intimes avec des enfants du même âge (p. ex. « jouer au médecin », « je te montre ce que j'ai si tu en fais autant », etc.)

Stade de développement	Comportement sexuel commun
Âge scolaire (7–12 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Toucher volontairement ses parties intimes (masturbation), généralement en privé • Jouer avec d'autres enfants à des jeux comportant des comportements sexuels (p. ex. « vérité ou gage », « jeu de la famille » ou « jouer à être petits amis ») • Tenter de voir d'autres personnes nues ou en train de se déshabiller • Regarder des images de personnes nues ou partiellement nues • Regarder/écouter du contenu sexuel dans divers médias (télévision, cinéma, jeux, Internet, musique, etc.) • Pudeur (p. ex. ne pas vouloir se déshabiller devant d'autres personnes) et ne pas aimer parler de sujets sexuels devant des adultes • Début de l'attirance sexuelle/intérêt envers jeunes de l'autre sexe

Un tableau des comportements sexuels des jeunes enfants est disponible dans l'annexe 14. L'encadré 4 contient une liste d'indicateurs physiques pouvant soulever des suspicions

<p>Encadré 4 : INDICATEURS PHYSIQUES D'AGRESSION SEXUELLE POSSIBLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse chez une enfant incapable de consentir légalement à des activités sexuelles • ITS chez un enfant ayant passé la période d'acquisition périnatale • Douleur, plaies, saignement, blessure ou perte de liquide sur les organes génitaux d'un enfant prépubère • Divulgence d'actes d'exploitation ou de violence sexuelle par un enfant ou un adolescent

d'exploitation ou de violence sexuelle.

FORMES DE VIOLENCE CONCURRENTES

Les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles peuvent aussi être exposés à d'autres formes de violence (psychologique, physique, négligence, etc.) dans leur famille ou dans leur environnement. Il est important que les prestataires soient vigilants à ce niveau et cherchent à dépister les autres formes de violence durant leurs examens.

La coordination et la collaboration entre les disciplines sont nécessaires pour organiser la sécurité d'un enfant ou d'un adolescent ayant été exploité ou ayant subi des violences sexuelles, afin qu'il ne soit plus exposé aux mêmes sévices.

PRESTATIONS DE SOINS

En ce qui concerne les cas d'enfants et d'adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles, il est important de comprendre les différences entre les enfants prépubères et les adolescents. Les lésions génitales sont rares chez les enfants prépubères, de sorte qu'avec cette catégorie de patients,

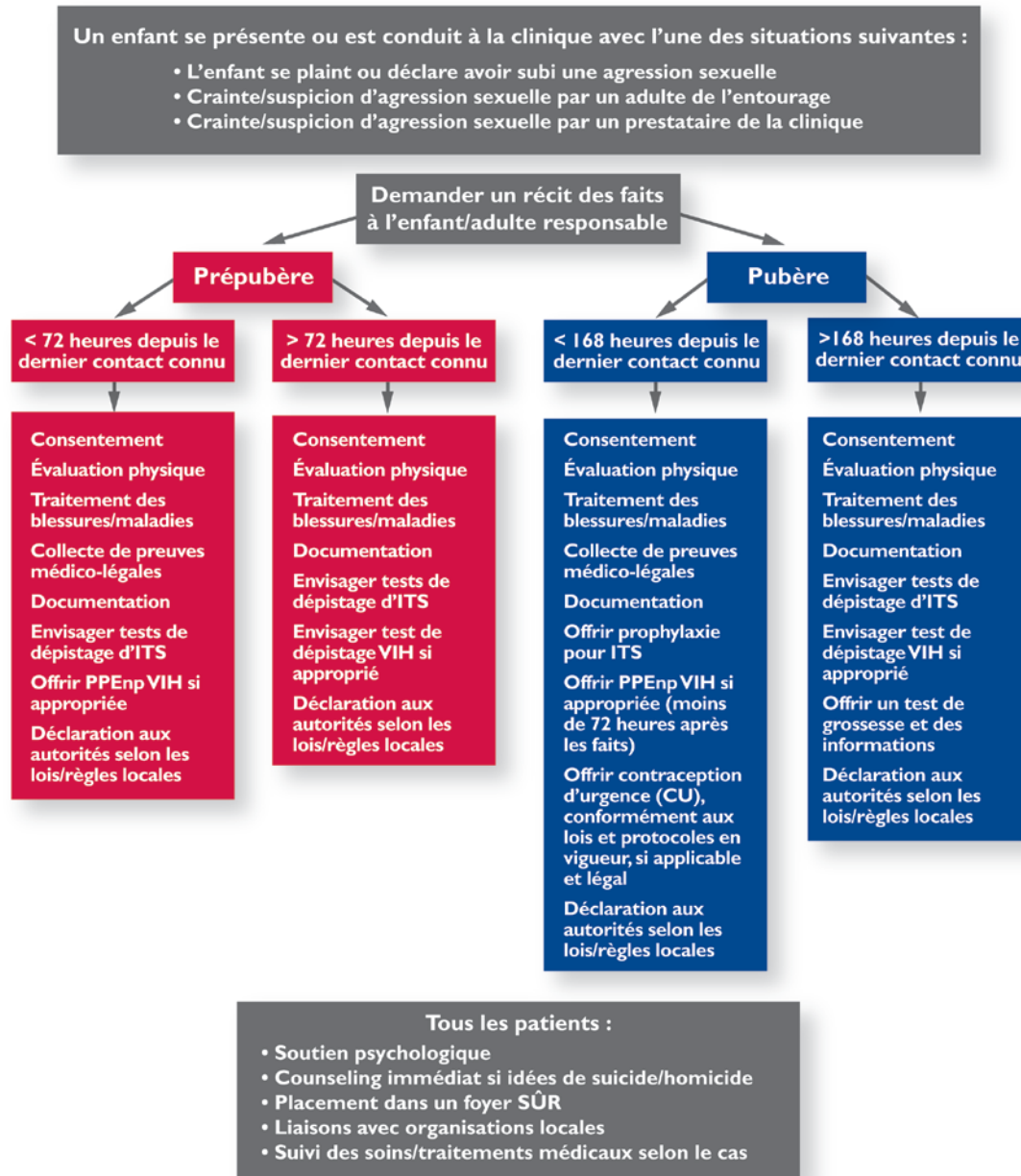
un examen avec spéculum n'est généralement pas nécessaire. Les preuves d'ADN disparaissent généralement du corps d'un enfant prépubère dans un délai de 72 heures après l'agression, mais elles sont alors souvent présentes sur les vêtements (Christian et al. 2000). Cependant, chez les adolescents et les personnes pubères, il existe un risque accru d'infection pelvienne ascendante rarement observée avant la puberté, de sorte qu'un examen pelvien complet est alors recommandé. Des preuves d'agression peuvent être trouvées dans le vagin et le col de l'utérus jusqu'à 7 jours ou 168 heures après les faits (Faculty and Forensic and Legal Medicine 2011).

L'urgence des soins médicaux est déterminée par l'aspect du patient, la présence de blessures et la nature de l'agression. Il est important que tous les prestataires reconnaissent la primauté du traitement des blessures avant la collecte des preuves. En général, les enfants et adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles se divisent en deux catégories : symptômes aigus et symptômes non aigus. Pour arriver à bien classer les enfants dans la bonne catégorie, il est important former correctement les prestataires qui sont le premier point de contact avec les enfants. Il faut toujours se rappeler que chaque enfant est unique, avec des besoins et des craintes qui lui sont propres. Les prestataires doivent demeurer ouverts à ces besoins.

Il ne faut pas oublier que certaines blessures graves et potentiellement mortelles peuvent être invisibles ou même indolores (p. ex. hémorragie interne dans l'estomac ou le cerveau, lésions aux structures du cou après une strangulation, fistule, etc.). Une collecte d'informations de reconstitution des faits et un examen physique doivent toujours faire partie du minimum de soins. En outre, lors de l'administration de tous les soins médicaux, le prestataire doit porter des équipements de protection individuelle pour minimiser le risque d'exposition à des pathogènes sanguins. Des gants doivent être portés durant l'examen et fréquemment changés durant la phase de collecte de preuves pour éviter les risques de contamination croisée.

La figure ci-dessous présente un algorithme de gestion clinique d'un cas typique d'enfant exploité ou ayant subi des violences sexuelles.

Figure 2. Algorithme de soins



EXAMEN DES CAS AIGUS

Selon la nature et les circonstances des actes d'exploitation et de violence sexuelle, ainsi que selon la préférence de l'enfant, lorsque les faits sont survenus durant les 168 dernières heures chez un adolescent ou durant les 72 dernières heures chez un enfant prépubère, il peut être souhaitable d'offrir des soins médicaux et un service de collecte de preuves.

Les principaux besoins immédiats d'ordre médical/médico-légal sont les suivants :

- **Stabilisation médicale/traitement des douleurs et des blessures aiguës :** Dans certaines circonstances, la nature des blessures (p. ex. os brisés, plaies ouvertes ou blessures internes) nécessite une intervention médicale immédiate.
- **Prévention du VIH :** Le risque de VIH peut être réduit si l'enfant fait l'objet d'une évaluation pour cela et si on lui offre une prophylaxie post-exposition au VIH dans un délai de 72 heures après l'agression.
- **Prévention de grossesse :** Le risque de grossesse non désirée peut être réduit si on offre à la jeune fille (stade Tanner III et après) un service de contraception d'urgence dans un délai de 120 heures après l'agression.
- **Collecte de preuves :** Si un adolescent (début des menstruations chez les filles ; stade Tanner III chez les garçons [voir annexe 3]) a subi une agression moins de 168 heures avant l'examen, il convient de lui offrir un service de collecte de preuves. Le service de collecte de preuves peut être offert à un enfant prépubère lorsque l'agression a eu lieu moins de 72 heures avant l'examen.

EXAMEN DES CAS NON AIGUS

Quel que soit le délai de présentation de l'enfant après une agression, tous les enfants et adolescents exploités ou ayant subi des violences sexuelles ont besoin de soins médicaux à cause des conséquences possibles de ces faits sur leur santé. En général, une collecte de preuves d'ADN n'est pas recommandée plus de 168 heures après les faits.

GESTION D'UN ENFANT AYANT ÉTÉ EXPLOITÉ OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

COMMUNIQUER AVEC DES ENFANTS EXPLOITÉS OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

Pour offrir des services avec compassion et de manière efficace, il est très important que le prestataire ait les connaissances, l'attitude et les compétences lui permettant de communiquer à l'enfant la confiance, le réconfort et la sincérité. C'est uniquement avec un processus dynamique de communication (verbale et non verbale) qu'une relation d'aide positive peut être créée et qu'une guérison peut survenir.

La capacité de communiquer efficacement avec les enfants est essentielle pour créer une relation de partage d'informations, ainsi que pour faciliter les communications futures. Des informations exactes et véridiques peuvent aider l'enfant à se responsabiliser et favoriser sa participation aux décisions postérieures.

Les prestataires de services intervenant auprès d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles doivent s'efforcer de communiquer de façon adaptée au stade de développement de chaque enfant. Même si des techniques spécifiques de collecte d'informations de reconstitution des faits devront être adaptées selon l'âge et le stade de développement de chaque enfant, certains principes fondamentaux de communication présentés ici peuvent faciliter les relations, quel que soit l'âge, le sexe ou le contexte culturel de l'enfant (IRC UNICEF 2012).

Principes fondamentaux de communication

- Traitez l'enfant avec respect et dignité tout au long du processus d'examen sans égard à son statut social, à son origine ethnique, à sa religion, à sa culture, à son orientation sexuelle, à ses habitudes de vie, à son sexe ou à son occupation.
- Appelez le patient par le nom qu'il préfère.
- Présentez-vous à l'enfant et dites-lui quel est votre rôle en utilisant des mots adaptés à son stade de développement.
- Ayez une attitude calme.
- Ne vous montrez pas pressé.
- Regardez-le dans les yeux autant que les coutumes culturelles le permettent.
- Faites preuve d'empathie sans porter de jugement.
- Évitez de faire des présomptions basées sur les comportements non verbaux des enfants, quel que soit leur stade de développement.
- Évitez de tirer des conclusions sur les sentiments de l'enfant envers l'agresseur ou les actes d'exploitation/violence sexuelle (p. ex. que les actes ont été douloureux ou que l'enfant déteste l'agresseur).
- Placez vous au niveau des yeux de l'enfant ou en dessous pour lui parler.
- Établissez une relation avec l'enfant en discutant d'autres sujets que l'objet de sa visite (p. ex. école, animaux de compagnie, frères et sœurs, etc.).

Techniques de communication

- Les enfants de moins de 4 ans ne sont généralement pas capables de relater des faits de façon articulée et détaillée. Le récit des faits est alors généralement obtenu de l'adulte accompagnant l'enfant, mais aucune information n'est spécifiquement demandée à l'enfant. Cependant, il est possible que l'enfant divulgue spontanément des informations au prestataire durant l'examen. Ces déclarations spontanées doivent être enregistrées comme citation littérale par le prestataire.
- Lorsque le stade de développement de l'enfant le permet, le récit des événements devrait être obtenu dans une discussion entre l'enfant et le prestataire uniquement.
- Dans la mesure du possible, il est préférable d'utiliser des questions ouvertes. Voici quelques exemples de questions ouvertes : « Sais-tu pourquoi tu es ici aujourd'hui ? » ; « Peux-tu me parler de... ? » ; « Qu'est-ce que tu veux dire par... ? »
- Évitez les questions guidées, c'est-à-dire celles où le prestataire suggère implicitement une réponse. Par exemple, « A-t-il mis ses mains sur tes seins ? » est une question guidée. Pour que cette question ne soit pas guidée, il faudrait dire « Quelles parties de ton corps a-t-il touchées ? »
- Tout au long de l'entrevue, donnez à l'enfant la possibilité de faire des choix (p. ex. « Préfères-tu cette couverture ou celle-là ?). Vous donnez ainsi à l'enfant la possibilité de se sentir en contrôle et en charge de lui-même.
- Évitez les mots « pourquoi » et « comment se fait-il » car ils ont tendance à jeter un blâme sur l'enfant.
- Posez une seule question à la fois.

- Évitez l'utilisation des prépositions. Il est possible que le stade de développement de l'enfant ne lui permette pas de comprendre les mots « à l'intérieur de », « à l'extérieur de », « dans », « sur », « en dessous », etc.
- Les jeunes enfants n'ont pas un sens exact du temps et ne doivent alors pas être questionnés sur le moment d'un événement ou d'un acte.

Le tableau 7 présente d'autres considérations devant être prises en compte durant la reconstitution des faits avec un enfant.

CONSENTEMENT

Il est important que le prestataire reconnaisse l'importance du consentement tout au long du processus d'examen et de traitement. Même si ce consentement se manifeste presque toujours en signant un document formel, le consentement peut être retiré à tout moment ensuite. Il est essentiel de tenir compte de la capacité et de l'âge de l'enfant pour déterminer qui doit donner son consentement à l'examen d'un enfant (Medical Protection Society 2011). Si l'enfant n'a pas l'âge lui permettant de légalement donner son consentement dans le pays de prestation des soins, un parent, un tuteur ou un adulte mandataire devra alors donner ce consentement. Il est très important que les prestataires comprennent les lois en vigueur localement concernant les consentements avant d'administrer des traitements, afin de s'assurer de toujours respecter les droits de l'enfant. Un protocole ou une politique devraient être élaborés pour indiquer comment obtenir le consentement d'un adulte mandataire lorsque l'enfant ou le parent/tuteur est incapable ou refuse de donner le consentement nécessaire. À ce titre, il peut parfois être nécessaire d'obtenir une autorisation d'une autorité légale dans le cadre d'une procédure juridique. L'annexe 5 contient des informations supplémentaires sur le consentement et l'assentiment durant un examen.

Le consentement à un examen doit comprendre des informations sur la procédure de collecte des échantillons médico-légaux et d'élimination de ces échantillons après l'examen. Le formulaire de consentement doit également indiquer quelles informations et quels échantillons recueillis durant l'examen seront communiqués à quelles autorités (p. ex. police, tribunaux, autres enquêteurs). Des exemples de formulaires de consentement sont disponibles dans l'annexe 5.

RÔLE DE L'ENFANT

Lorsque les enfants reçoivent des informations sur ce qui se passe et qu'ils ont l'occasion d'exprimer leurs idées, ils se sentent plus rassurés sur leurs soins et leur traitement. Les droits des enfants concernant le processus décisionnel sont basés sur les lois locales et les politiques du prestataire de services (IRC UNICEF 2012). Le rôle de l'enfant ou de l'adolescent dans le processus décisionnel ne dépend pas seulement des lois locales et des politiques en vigueur, mais aussi de son âge et de son stade de développement.

- En ce qui concerne les enfants prépubères, il suffit souvent d'un simple assentiment à l'examen plutôt qu'un consentement formel, lequel peut être obtenu auprès d'un parent ou tuteur non agresseur.
- En ce qui concerne les adolescents, l'assentiment et le consentement sont nécessaires pour l'examen et le traitement.

Aucun examen ne peut cependant être fait sans l’assentiment de l’enfant ou de l’adolescent. Cette exigence signifie qu’un enfant ne doit jamais être maintenu et forcé de subir une évaluation médico-légale, laquelle risquerait alors d’aggraver les séquelles et le traumatisme.

COLLECTE D’INFORMATIONS MÉDICO-LÉGALES DE RECONSTITUTION DES FAITS

Le but de la collecte d’informations médico-légales est d’obtenir toutes les données médicales et psychologiques nécessaires sur la santé de l’enfant, ainsi que sur les circonstances de l’agression. Cependant, avant de recueillir ces informations médicales et de reconstitution des faits, il est absolument essentiel que le prestataire établisse une bonne relation avec l’enfant. Puisque les capacités de communications des enfants varient considérablement selon leur stade de développement, la connaissance et la maîtrise par le prestataire de ces stades de développement peut jouer un rôle important dans la prestation de soins. Le tableau 6 présente diverses considérations importantes lors de la collecte d’informations de reconstitution des faits avec un enfant. Un modèle de formulaire de reconstitution des faits est disponible dans l’annexe 10. Un document de gestion des informations médicales est aussi disponible dans l’annexe 8.

Tableau 6. Considérations de collecte d’informations de reconstitution des faits

Stade de développement	Considérations de collecte d’informations de reconstitution des faits
Bébés et enfants préscolaires (0-4 ans)	<p>Les enfants de ce groupe d’âge ont des capacités d’élocution nulles ou très limitées et on ne doit pas leur demander de fournir des informations sur les faits survenus.</p> <p>Les parents/tuteurs non agresseurs se présentant avec l’enfant pour obtenir des soins constituent les premières sources d’informations sur l’enfant et la suspicion d’exploitation/violence sexuelle.</p>
Âge scolaire (5–9 ans)	<p>Les enfants de ce groupe d’âge doivent essayer de relater les faits dans la mesure du possible.</p> <p>Les parents ou tuteurs peuvent fournir des informations supplémentaires mais ne devraient pas participer à la relation des faits sauf si l’enfant refuse de se séparer d’eux.</p> <p>Le prestataire doit s’exprimer sans guider (voir les techniques de communication ci-dessus).</p>
Pré-adolescents et adolescents (10–18 ans)	<p>Les enfants de ce groupe d’âge devraient pouvoir relater les faits.</p> <p>Les parents ou tuteurs ne doivent pas participer à la relation des faits afin que l’enfant puisse exprimer son propre point de vue sur ce qui lui est arrivé.</p> <p>La présence des parents ou tuteurs peut empêcher les enfants de ce groupe d’âge à tout révéler.</p>

Circonstances spéciales	Considérations de collecte d'informations de reconstitution des faits
Enfant ne parlant pas	<p>Si un enfant ne peut pas ou ne veut pas parler au prestataire, ce dernier doit quand même continuer à parler à l'enfant et lui expliquer le processus d'examen sans cependant s'attendre à ce que l'enfant lui relate les faits.</p> <p>Il n'est pas rare qu'un enfant refuse initialement de parler puis commence graduellement à s'exprimer durant l'examen, à mesure qu'il se sent en confiance avec l'examineur.</p> <p>Il est aussi possible que l'enfant présenté n'ait finalement pas subi d'exploitation ou de violence sexuelle.</p> <p>Certains enfants ne souhaitent pas parler de leur exploitation/violence sexuelle. Il ne faut alors pas les forcer à le faire, ce qui sera traumatisant.</p>
Enfant handicapé	<p>Communiquez avec les enfants handicapés avec le moyen le plus facile pour eux (p. ex. langage des signes, braille, mots normaux avec images, aides audio ou visuels).</p> <p>Il ne faut jamais assumer qu'un enfant handicapé est incapable de communiquer.</p> <p>Certains handicaps affectent les capacités de communiquer des enfants et des adolescents. Il peut être difficile de les comprendre, tout comme il peut être difficile pour eux de comprendre les autres, ce qui peut créer des malentendus et nuire à la compréhension.</p> <p>Il est important de se rappeler que les enfants handicapés ont un risque plus élevé d'être exploités et de subir des violences sexuelles.</p> <p>Il est important de respecter les désirs de certains enfants handicapés ne souhaitant pas passer l'examen physique pour ne pas exposer leur corps à une personne étrangère.</p> <p>Il faut alors tenir compte du meilleur intérêt de l'enfant et ne pas utiliser la force si l'enfant est incapable de s'exprimer seul.</p>
Mutilation/incision génitale féminine (M/IGF)	<p>Les enfants ayant subi une M/IGF doivent être examinés comme les autres (voir le glossaire des définitions médicales de l'OMS concernant les cas de M/IGF).</p>

Les informations médico-légales de reconstitution des faits peuvent aider à la collecte de preuves. Ces informations faciliteront l'élaboration d'un plan de soins adapté. Chez les enfants, une bonne partie de ces informations doivent être obtenues auprès d'un parent, tuteur ou gardien, mais dès que le développement de l'enfant le permet, la relation des faits d'exploitation et de violence sexuelle doit provenir directement de l'enfant ou de l'adolescent. L'encadré 5 contient des suggestions pour faciliter le début de la reconstitution des faits avec un enfant.

Le processus de collecte d'informations de reconstitution des faits doit se dérouler comme tout autre entretien de collecte d'informations médicales :

- Principal objet de plainte
- Situation de santé actuelle
- Examen des systèmes
- Antécédents médicaux, incluant les antécédents de M/IGF ou d'examen antérieurs pour exploitation ou violence sexuelle.
- Situation familiale et sociale

Les limites de durée d'attention associées au stade de développement de l'enfant affecteront la durée de la séance de collecte d'informations de reconstitution des faits. Il est important de tenir compte de ces limites sans oublier que tous les enfants sont différents, de sorte qu'il n'existe pas de durée limite « standard » ou de recommandation fixe sur la durée limite d'une séance de reconstitution de faits avec un enfant. En règle générale, la séance de constitution des faits ne doit pas durer plus d'une heure avec l'enfant.

Encadré 5 :

CONSEILS POUR DÉBUTER UNE SÉANCE DE RECONSTITUTION DES FAITS

- « Je m'appelle Jeanne. Je suis médecin. Mon travail est de bien m'occuper de toi. »
- « Peux-tu me dire ton nom ? »
- « Quel âge as-tu ? »
- Vérifiez que l'enfant connaît les parties de son corps.
« Qu'est-ce que ceci ? » Pointez l'oreille de l'enfant.
Continuez ainsi jusqu'à ce que l'enfant ait nommé la plupart des parties de son corps, y compris ses organes génitaux. Utilisez des mots d'enfant lorsque vous leur parlez des parties de leur corps.
- « Sais-tu pourquoi tu es ici aujourd'hui ? »
- « As-tu mal quelque part ? »

Lorsque la relation des faits est terminée, le prestataire peut aider l'enfant à se préparer à l'examen en lui décrivant les étapes de la procédure, en faisant pratiquer les positions que l'enfant devra prendre et en expliquant que l'examen vise avant tout à s'assurer que « tout va bien ».

ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE

L'évaluation psychologique de l'enfant doit être faite en fonction de son stade de développement et des signes de détresse manifestés par l'enfant à cause des actes d'exploitation ou de violence sexuelle qu'il a subi. Ces enfants ont souvent fait l'objet de pressions psychologiques, de menaces de violence physique et de coercition avant de finalement participer aux actes d'exploitation ou de violence sexuelle. Les enfants exploités et ayant subi des violences sexuelles doivent sentir qu'ils sont maintenant dans un environnement sûr et le prestataire doit donc s'assurer que l'enfant ne se sent pas poussé ou pressé pour terminer vite l'examen. Les enfants exploités et ayant subi des violences sexuelles doivent être évalués afin de déterminer s'ils présentent un ou plusieurs des symptômes suivants (OMS 2003) :

- Signes de dépression
- Anxiété
- Symptômes associés à des désordres de stress post-traumatique, comme l'évitement systématique, la léthargie ou l'hyper-excitation.
- Comportements sexuels inappropriés
- Perte de compétence sociale
- Insuffisance cognitive
- Abus de substances nocives
- Altérations de l'image corporelle
- Idées suicidaires

EXAMEN PHYSIQUE ET ANOGÉNITAL

Même s'il est parfois tentant de vouloir séparer la partie médicale de la partie médico-légale de l'examen, ce n'est pas vraiment possible. Les composants médico-légaux de l'examen (collecte de preuves), lorsqu'ils sont nécessaires, doivent être incorporés dans tous les aspects des soins médicaux afin d'éviter la moindre rupture de soins. C'est pour cela que les prestataires doivent être préparés à intégrer toutes les opérations de collecte de preuves durant le déroulement l'examen physique.

Il est aussi très important que le prestataire montre un intérêt à la totalité de l'enfant, pas seulement à ses organes génitaux. Il est donc essentiel que le prestataire examine l'enfant et évalue ses systèmes de la tête aux pieds avant de passer à l'examen des organes génitaux (voir l'annexe 6).

Lors de l'examen de l'enfant de la tête aux pieds, il est important de ne pas oublier les éléments suivants :

- Noter la taille et le poids de l'enfant, ainsi que la circonférence de son crâne s'il a moins de 3 ans.
- Noter le stade de développement sexuel Tanner, quel que soit le sexe (voir l'annexe 3).
- Chercher des traces de blessure ou de maladie sur toute la surface de la peau, y compris sous la plante des pieds, derrière les oreilles, aux aisselles, sur les yeux, dans la cavité buccale et tout autour de la bouche.
- Noter la taille, l'emplacement, la couleur et le type (abrasion, lacération, etc.) de toute trace de blessure ou de maladie ; prendre des photos si possible.
- Noter les signes de blessures ou de maladie observés.

Lorsque l'examen complet des systèmes est terminé, le prestataire peut concentrer son attention sur l'examen anogénital de l'enfant, adapté à son stade de développement. Une liste de termes médicaux est incluse dans le présent document à cet effet.

EXAMEN D'UNE FILLE PRÉPUBÈRE

Plusieurs prestataires n'ayant pas l'habitude des évaluations d'exploitation et de violence sexuelle sur des enfants croient que ces examens sont forcément traumatisants pour les enfants. C'est précisément pour ces raisons que certains praticiens envisagent d'administrer des médicaments, d'anesthésier ou de maintenir de force l'enfant. En fait, il est très rare que des enfants doivent être anesthésiés pour être examinés. Dans la plupart des cas, les enfants apprennent facilement les techniques d'examen et obéissent aux instructions de l'examineur, du moment que ce dernier a pris le temps d'établir une relation avec le patient.

Chez un enfant prépubère, l'examen doit porter essentiellement sur les organes génitaux externes. En général, il n'est pas recommandé d'examiner les filles prépubères avec un spéculum ou avec les doigts.¹¹ Les cas nécessitant un examen des organes internes des filles sont décrits dans l'encadré 6. En général, si un examen des organes internes semble nécessaire, une anesthésie locale ou totale doit être envisagée.

Encadré 6 : INDICATIONS D'EXAMEN INTERNE AVEC SPÉCULUM SUR UNE FILLE IMPUBÈRE

- Saignement provenant de l'orifice du vagin
- Indices de présence d'un corps étranger dans le vagin
- Blessure aux organes génitaux externes nécessitant une intervention chirurgicale

Des positions d'examen spécifiques doivent être utilisées pour faciliter l'examen des organes génitaux. Le tableau 7 et les illustrations qui suivent expliquent les techniques d'examen appropriées.

Tableau 7. Positions d'examen et techniques

Position/technique d'examen	Description
Décubitus dorsal avec jambes écartées	L'enfant est allongée sur la table d'examen ou sur les cuisses du parent avec les pieds rapprochés et les genoux écartés sans effort. Permet de bien voir la grande lèvre et de facilement utiliser les techniques de séparation/traction de la grande lèvre.
Décubitus dorsal avec genoux contre la poitrine	L'enfant est allongée sur la table d'examen ou sur les cuisses du parent avec les pieds et les genoux rapprochés, les genoux étant ramenés contre la poitrine (il est possible que l'enfant ait besoin d'assistance). Permet de bien voir l'anus et les tissus tout autour.

¹¹ L'examen avec les doigts est également contre-indiqué sur une fille pubère.

Position/technique d'examen	Description
Décubitus ventral avec genoux contre la poitrine	L'enfant est sur la table d'examen, allongée sur le ventre. La tête et le torse sont à plat sur la table, les genoux sont séparés et appuyés sur la table, avec les fesses relevées. Permet de bien voir l'anus et les tissus tout autour, ainsi que la cavité rectale durant la dilatation. Avec les techniques de séparation/traction de la grande lèvre, permet d'évaluer et confirmer la présence d'une anomalie hyménale repérée lorsque l'enfant était en position de décubitus dorsal avec les jambes écartées.
Séparation labiale	Alors que l'enfant est en décubitus dorsal avec les jambes écartées, le prestataire ouvre délicatement la lèvre avec les mains gantées afin de voir les structures génitales.
Traction labiale	<p>Alors que l'enfant est en décubitus dorsal avec les jambes écartées, le prestataire tient délicatement la grande lèvre des deux côtés entre le pouce et l'index de ses mains gantées, puis tire vers le haut et vers le bas, en direction de l'anus. L'examineur doit surveiller attentivement la zone de la fourchette postérieure avant, durant et après l'examen afin que l'examen ne cause pas de blessure.</p> <p>Alors que l'enfant est en décubitus ventral avec les genoux contre la poitrine, le prestataire tient délicatement la grande lèvre des deux côtés entre le pouce et l'index de ses mains gantées, puis tire vers le bas et vers le haut, en direction de l'anus. L'examineur doit surveiller attentivement la zone de la fourchette postérieure avant, durant et après l'examen afin que l'examen ne cause pas de blessure.</p>

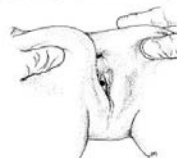
Illustrations des positions et techniques d'examen¹²

Séparation labiale en décubitus dorsal



Traction labiale en décubitus dorsal

Décubitus ventral avec genoux contre la poitrine

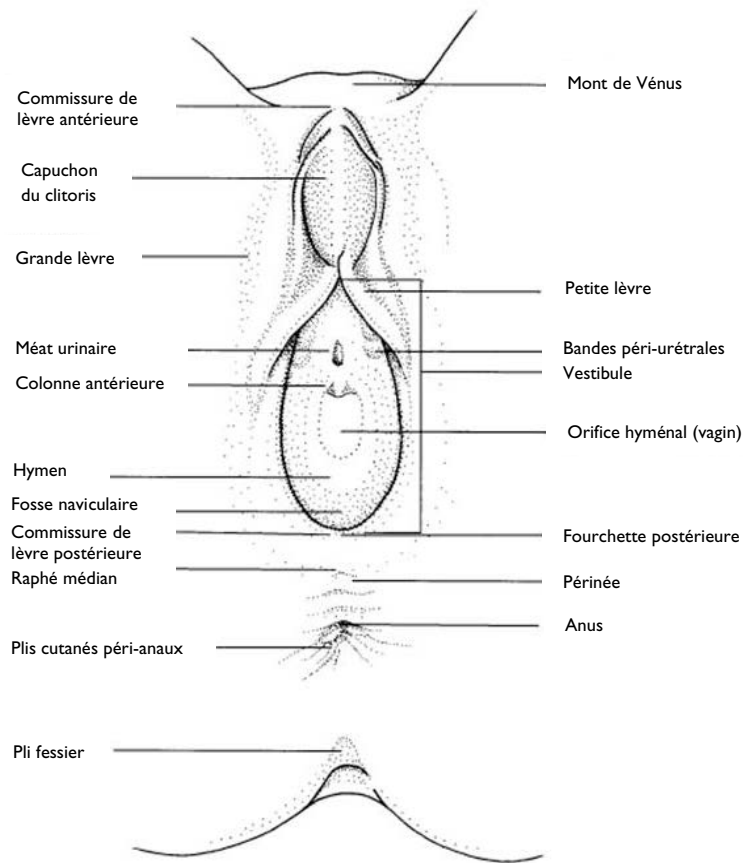


¹² Protocole médical utilisé en Californie pour l'examen des victimes d'agression sexuelle
http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.calema.ca.gov%2Fpubsafetyandvictimservices%2Fdocuments%2Fforms%25202011%2Fnumeric%2520forms%2520listing%2Fprotocol%25202-923-2-950.pdf&ei=kiTCUMGsH86brQHn0IGgAg&usg=AFOjCNHJN-bQUneeSUK3pnB_cVVikoAJig

Chez les filles, évaluez les signes de lésions ou blessures sur les structures génitales externes suivantes :

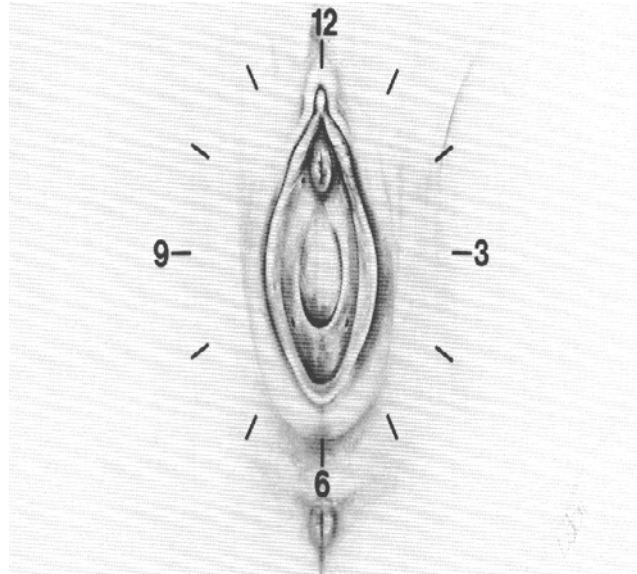
- Mont de Vénus
- Grande lèvre et petite lèvre
- Capuchon du clitoris et clitoris
- Urètre et tissus périphériques
- Fourchette postérieure
- Fosse naviculaire
- Hymen
- Vestibule vaginal
- Périnée

Illustration de l'anatomie génitale féminine¹³



¹³ Protocole médical utilisé en Californie pour l'examen des victimes d'agression sexuelle
http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.calema.ca.gov%2Fpublicsafetyandvictimservices%2Fdocuments%2Fforms%25202011%2Fnumeric%2520forms%2520listing%2Fprotocol%25202-923-2-950.pdf&ei=kiTCUMGsH86brQHn0IGgAg&usg=AFOjCNHJN-bQUneeSUK3pnB_cVVlkoAJig

Illustration de la documentation avec repères d'horloge



La documentation de l'évaluation et des observations de la structure génitale doit utiliser les repères d'horloge (voir l'illustration). Certains examinateurs attribuent la position de 12 heures à l'urètre, ce qui déplace la position de l'horloge lorsque la position de l'enfant change. D'autres conservent toujours la même position d'horloge et documentent toujours la position de l'enfant lorsqu'ils notent des observations. Chaque examinateur doit choisir la méthode qui lui convient le mieux et conserver cette méthode pour tous ses examens.

Le prestataire doit superposer l'image d'horloge et utiliser les positions d'heures pour documenter ses observations. Il est très important que le prestataire note le type de blessure, la taille des blessures si possible, la structure sur laquelle la blessure est observée et la couleur de la blessure.

EXAMEN D'UNE FILLE PUBÈRE

L'adolescente qui a atteint la puberté doit faire l'objet d'un examen complet du bassin, en plus de la collecte d'informations et de l'examen physique général. Il est possible d'employer les mêmes techniques d'examen que chez une fille prépubère, mais la position de lithotomie (allongée sur le dos, genoux

Encadré 7 : TECHNIQUES D'ÉVALUATION DE L'HYMEN CHEZ UNE FILLE/FEMME PUBÈRE

- Passer un coton-tige humide sur le contour de l'hymen pour détecter des déchirures/lacérations cachées.
- Utiliser un petit (8Fr) cathéter à ballon de Foley stérile. Le cathéter est introduit dans l'orifice hyménal et dans le vagin, puis le ballon est gonflé à un volume toléré (2-3 ml d'eau dans le ballon). Le cathéter est lentement et délicatement retiré jusqu'à ce que le ballon soit appuyé contre la paroi intérieure de l'hymen. Le cathéter est lentement tourné en rotation complète pour bien voir tout le contour de l'hymen.

pliés, pieds dans les supports et cuisses écartées) sera également utilisée puisqu'un examen avec spéculum fait partie de la pratique standard.

L'examineur doit décrire à l'enfant la procédure de l'examen avant de commencer. Il doit être clairement expliqué à l'enfant qu'elle a toujours le droit de refuser une partie de l'examen pendant son déroulement. Cette garantie donne à l'enfant l'impression qu'elle garde le contrôle de l'examen, et de son corps. Si l'enfant le désire, elle doit avoir la possibilité d'être accompagnée par quelqu'un (infirmière, amie, mère) durant cet examen.

MUTILATION/INCISION GÉNITALE FÉMININE (M/IGF)

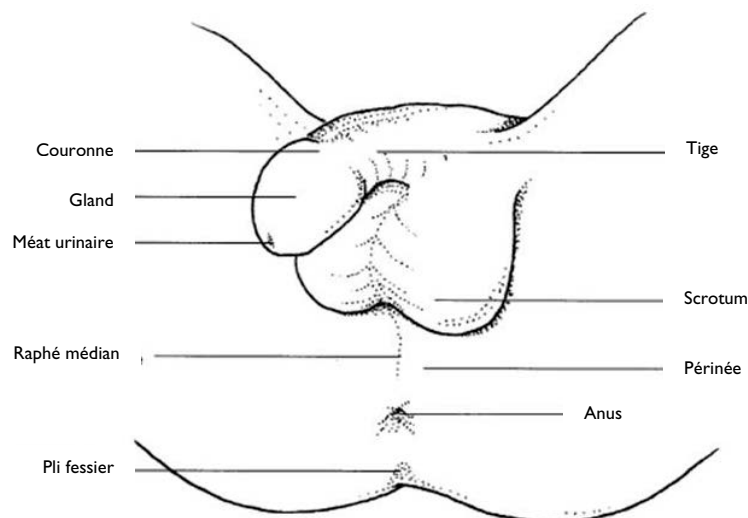
L'observation et la documentation des interventions de M/IGF effectuées sur l'enfant doivent suivre le système de classification de l'OMS. Les interventions de M/IGF peuvent affecter la santé à long terme des femmes et des filles et causer notamment des douleurs, une infection, un saignement prolongé, une hémorragie, une infection des voies urinaires et des complications de grossesse (Kiragu 1995). Les lois locales peuvent varier concernant la définition des M/IGF comme acte d'exploitation et de violence sexuelle qui doit être obligatoirement rapporté.

EXAMEN DES GARÇONS

Chez les garçons, l'examen génital doit porter sur les structures et les tissus suivants, avec recherche de signes de blessure et de maladie :

- Prépuce du gland
- Gland et frein du pénis
- Méat urinaire
- Tige du pénis
- Scrotum
- Testicules
- Région inguinale
- Périnée

Illustration de l'anatomie génitale masculine



EXAMEN ANAL DES GARÇONS ET DES FILLES

Pour examiner l'anus d'un enfant, il est préférable de choisir la position en décubitus dorsal ou ventral avec les genoux contre la poitrine. Quelle que soit la position choisie, appliquez une traction délicate pour séparer les fesses. Durant un examen anal, les structures et les tissus suivants doivent faire l'objet d'une inspection, avec recherche de signes de blessure et de maladie :

- Zone du périnée, avec une attention spéciale sur les plis périanaux.
- Marge/pourtour anal
- Canal anorectal
- Anus
- Pli fessier

L'examen avec les doigts doit être pratiqué uniquement si une laxité du sphincter est observée durant l'examen. L'anuscopie n'est pas utilisée de façon routinière, sauf en cas de saignement, de traumatisme évident ou de corps étranger coincé.

EXAMEN COLPOSCOPIQUE

Un colposcope est une loupe binoculaire non invasive avec éclairage réglable créant une image agrandie. Certains peuvent prendre des photos ou des vidéos. Lorsqu'un colposcope est disponible, cet appareil peut être utilisé pour produire des images agrandies de la zone anogénitale des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles pour aider à détecter la présence et mesurer l'évolution des lésions et des maladies. Cet appareil permet de documenter de façon permanente les observations génitales et d'obtenir une deuxième opinion. Il facilite également l'examen par des pairs, l'enseignement et la formation.

Puisque le colposcope est un appareil coûteux, beaucoup de sites n'en possèdent pas. Les prestataires peuvent utiliser une loupe tenue à la main pour faciliter l'évaluation des organes génitaux.

COLLECTE DE PREUVES APRÈS UNE AGRESSION SEXUELLE AGGRAVÉE

Lorsqu'un enfant se présente pour demander des soins après des actes aggravés d'exploitation et de violence sexuelle, une procédure de collecte de preuves doit être offerte en même temps que les soins médicaux. Les principes d'examen médico-légal sont décrits dans le tableau 8. Les preuves récoltées durant l'examen pourront être utiles dans le cadre des poursuites criminelles susceptibles d'être intentées après la déclaration d'actes d'exploitation et de violence sexuelle. Les preuves sont généralement recueillies avec une trousse standard de collecte de preuves. La procédure standard pour recueillir des prélèvements est décrite dans le tableau 8. Cependant, même lorsqu'une trousse standard est utilisée, la collecte des échantillons de preuve doit être réalisée en fonction des informations obtenues par l'examineur lors de la phase initiale de collecte d'informations. Lorsque le stade de développement de l'enfant ne lui permet pas de relater clairement les faits, la collecte de preuves doit être réalisée sur la base des échantillons standard recueillis dans le cadre du protocole.

La procédure basique de collecte de preuves repose sur le principe fondamental voulant que lors d'un contact entre deux objets, il existe aussi une possibilité de transfert de matière selon le principe d'échange de Locard (DeForest, Gaensslen et Lee 1983). Ainsi, tout contact entre un agresseur et un enfant peut engendrer des preuves corroborant les faits, tout comme le lieu du crime. Ces preuves peuvent prendre la forme de petites particules et/ou de fluides corporels de l'agresseur. Lorsque le corps de l'enfant est évalué, des échantillons médico-légaux doivent être prélevés sur les lieux susceptibles de contenir des preuves des actes commis.

Tableau 8. Considérations générales d'examen médico-légal

Considération	Raison d'être
Portez des gants tout au long de la procédure de collecte de preuves ; changez fréquemment de gants lors de l'examen des différentes parties du corps.	Prévenir la contamination possible des échantillons et l'exposition au sang ou à d'autres fluides corporels.
Récoutez les preuves le plus rapidement possible après les faits.	La probabilité de pouvoir obtenir des échantillons viables diminue avec le temps.
Si vous devez récolter des échantillons pour des tests médicaux et pour des analyses médico-légales, recueillez d'abord les échantillons médico-légaux.	Il existe une probabilité accrue d'obtenir du matériel biologique avec les premiers échantillons recueillis.
Manipulez correctement les échantillons.	Assurez-vous que les échantillons sont correctement emballés, séchés et transportés. Les preuves sur des tissus ou des vêtements doivent être emballés séparément dans des sacs en papier.
Étiquetez correctement les échantillons	Étiquetez clairement tous les échantillons avec le nom du patient, sa date de naissance, la source de l'échantillon, la date et l'heure du prélèvement et le nom ou les initiales du prestataire (selon les politiques en vigueur).
Protégez efficacement les échantillons	Les échantillons doivent être emballés hermétiquement pour éviter qu'ils soient altérés.
Faites en sorte qu'un minimum de personnes manipulent les preuves/échantillons	Vous aurez ainsi de meilleures chances de préserver l'intégrité de la chaîne de garde.

Si une trousse standard de collecte de preuves est disponible, utilisez-la. Les protocoles nationaux doivent être respectés. Les échantillons médico-légaux doivent être correctement séchés pour éviter toute dégradation de l'ADN. S'il n'est pas possible de prendre cette précaution, les matériaux doivent être emballés dans un matériau ne retenant pas l'humidité (p. ex. papier au lieu de plastique). L'étiquetage et l'emballage doivent préserver l'intégrité des échantillons recueillis. Le tableau 9 énumère le matériel, l'équipement et les instructions de collecte de preuves.

La chaîne de garde doit être documentée et respectée depuis le moment du prélèvement sur l'enfant jusqu'au transfert des preuves aux autorités compétentes. Ces précautions devraient garantir l'intégrité des preuves. L'annexe 9 présente des conseils sur le rôle du clinicien lors d'opérations de collecte de preuves.

Tableau 9. Collecte de preuves

Type/nature de l'agression	Collecte de preuves	Matériel possible	Équipement	Instructions de prélèvement
Pénétration orale avec le pénis avec ou sans éjaculation	Tampons oraux	Liquide séminal si le prélèvement a lieu moins de 2 jours après une pénétration orale	Cotons-tiges stériles	Utiliser deux tampons secs pour tamponner/frotter sur la cavité orale (p. ex. sous la langue, autour des dents, des joues et des gencives)
Dans tous les cas de collecte de preuves	Tampons buccaux	Échantillon de référence de l'ADN du patient	Cotons-tiges stériles	Utiliser deux tampons pour tamponner/frotter l'intérieur de chaque joue au moins 20 minutes après que le patient ait bu ou mangé. Ce prélèvement doit être exécuté <i>après</i> celui avec les tampons oraux.
Si un cas d'agression sexuelle facilitée avec de la drogue est suspecté Si le laboratoire d'analyses criminelles n'accepte pas le tampon buccal comme échantillon de référence d'ADN	Sang	S'il y a soupçon d'acte d'exploitation ou de violence sexuelle facilité par une drogue dans les 24 heures précédant l'examen	Éprouvette de sang contenant de l'oxalate de potassium OU au moins 1,5 % de fluorure de sodium + oxalate de potassium ou EDTA (acide éthylène diamine tétra acétique)	Prélever 10 ml de sang veineux

Type/nature de l'agression	Collecte de preuves	Matériel possible	Équipement	Instructions de prélèvement
Si un cas d'agression sexuelle facilitée avec de la drogue est suspecté	Urine	S'il y a soupçon d'acte d'exploitation ou de violence sexuelle facilitée par une drogue dans les 120 heures précédant l'examen ¹⁴	Récipient stérile approprié avec agent de conservation contenant au moins 1,5 % de fluorure de sodium	Récolter au moins 90 ml d'urine
Si le patient s'est brisé un ongle durant l'agression ou a griffé/agrippé le corps de l'agresseur	Tampons sous les ongles	Particules de peau, de sang, de fibres, etc. (provenant de l'agresseur), ainsi que pour comparaison avec fragments d'ongles trouvés sur les lieux	Cotons-tiges stériles x 2 Eau stérile	Mouiller le premier tampon avec de l'eau stérile et nettoyez le dessous des ongles ; répétez avec le deuxième tampon sec (deux tampons pour chaque main). Prélever des retailles d'ongle uniquement si un ongle a été brisé durant l'agression.
Si l'agresseur a placé sa bouche sur une partie du corps du patient, prélevez un échantillon Si un corps étranger ou des débris sont découverts durant l'examen, prélevez-en un échantillon	Échantillon d'autres parties de la surface du corps	Fluides corporels/ ADN ; autres corps étrangers (prélèvement sur la peau moins de 48 après l'agression) Corps étrangers (p. ex. végétation, poil maté ou poils étrangers)	Cotons-tiges x 2 par site Eau stérile Sachet pharmaceutique	Mouiller le premier tampon avec de l'eau et tamponner/frotter sur les endroits où il est possible de trouver du sperme, des fluides corporels ou de l'ADN ; répéter avec le deuxième tampon sec Placer le prélèvement dans un sachet, puis le placer dans une enveloppe de preuve hermétiquement fermée

¹⁴ Fiche technique des agressions sexuelles facilitées avec de la drogue de la Society of Forensic Toxicologists : <http://soft-tox.org/sites/default/files/DFSA-Fact-Sheet.pdf>

Type/nature de l'agression	Collecte de preuves	Matériel possible	Équipement	Instructions de prélèvement
Pénétration vaginale avec le pénis ou autre contact entre organes génitaux	Organes génitaux : Pré-puberté Organes externes	Fluides corporels/ADN ; autres corps étrangers	Cotons-tiges Eau stérile	Mouiller le premier tampon avec de l'eau stérile et tamponner/frotter entièrement les organes génitaux externes ; répéter avec le deuxième tampon sec.
Pénétration vaginale avec le pénis ou autre contact entre organes génitaux	Organes génitaux : Pubère Organes externes Bas du vagin Haut du vagin Col de l'utérus	Fluides corporels/ADN ; autres corps étrangers	Cotons-tiges Eau stérile Spéculum et lubrifiant à base d'eau (p. ex. K-Y, Pedicat, Gelcat)	Mouiller le premier tampon avec de l'eau stérile et tamponner/frotter entièrement les organes génitaux externes ; répéter avec le deuxième tampon sec. Insérer un tampon sec dans le tiers inférieur du vagin (environ 2-4 cm après l'entrée du vagin) et exécuter un délicat mouvement de rotation pour prélever un échantillon ; répéter avec un deuxième tampon sec. Passer un spéculum stérile lubrifié dans le vagin ; insérer un tampon sec et tamponner/frotter sur la paroi muqueuse des deux tiers supérieurs et les culs-de-sac du vagin ; répéter avec un deuxième tampon sec ; s'il n'est pas possible de passer un spéculum, tenter d'obtenir deux tampons vaginaux. Avec le spéculum en place, utiliser deux tampons secs, un à la fois, pour tamponner la surface du col de l'utérus.

Type/nature de l'agression	Collecte de preuves	Matériel possible	Équipement	Instructions de prélèvement
Pénétration anale avec le pénis ; pénétration rectale avec le pénis ; pénétration/contact oral de l'anus	Anorectal : Périanal Canal anal	Fluides corporels/ADN ; autres matières	Cotons-tiges Eau stérile	Mouiller le premier tampon avec de l'eau stérile et tamponner/frotter les plis et la zone périanale ; répéter avec le deuxième tampon sec. Avec deux autres tampons, répéter la même procédure sur le canal anal.
Contact oral ; contact anal ou rectal ; présence de matière étrangère suspectée (p. ex. lubrifiant)	Tampons sur pénis : Tige du pénis et prépuce (repli de peau) Gland	Fluides corporels/ADN ; autres matières	Cotons-tiges Eau stérile	Mouillez le premier tampon avec de l'eau et tamponner/frotter sur la tige du pénis et le prépuce (le cas échéant) ; répéter avec le deuxième tampon sec Répéter la même procédure sur le gland, en évitant l'urètre (un contact avec l'urètre produirait un prélèvement de l'ADN du patient)
Si le patient porte les mêmes vêtements que lors de l'agression ; garder le slip uniquement si le patient a changé de vêtements depuis l'agression	Vêtements	Corps étrangers collés (p. ex. sperme, sang, poils, fibres)	Sacs en papier	Les vêtements portés lors de l'agression doivent être placés dans un sac en papier ; les articles mouillés doivent être séchés si possible ; tous les articles doivent être conservés dans des sacs séparés
Si le patient portait un tampon, une serviette hygiénique ou une couche culotte lors de l'agression ou immédiatement après ; si un préservatif est trouvé dans ou sur le corps de la victime après l'agression	Serviette hygiénique, tampon, doublure de slip, couche, préservatif	Fluides corporels/ADN ; autres corps étrangers (p. ex. sperme, sang, poils)	Récipient stérile approprié Petite pince	Garder si utilisé durant ou après une pénétration vaginale ou anale Préservatifs : Utiliser une petite pince pour fermer l'extrémité ouverte et placer dans un récipient stérile

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS CLINIQUES

Lors de l'examen d'un enfant, un grand nombre d'observations cliniques normales peuvent être attendues. Des variations anatomiques et des traces de maladies existent au sein de toutes les populations et ne doivent pas être confondues avec des signes d'exploitation ou de violence sexuelle. C'est pour cela que les prestataires doivent être informés au moins sur les variations normales et les conditions pouvant être confondues avec des cas d'exploitation et de violence sexuelle. Des recherches démontrent que moins de 10 % des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles présentent des anomalies lors de leurs examens médicaux (Adams 1994). Le tableau 10 énumère plusieurs observations courantes pouvant être méprisées pour des signes d'exploitation ou de violence sexuelle.

Tableau 10. Diagnostic différentiel d'observations génitales (liste non exhaustive)

Variations anatomiques et maladies	Observations courantes pouvant être méprisées pour des signes d'exploitation ou de violence sexuelle
M/IGF	Voir le glossaire médical
Agglutination/adhésion labiale	Résultat de l'adhérence (fusion) des surfaces muqueuses extérieures adjacentes à la partie postérieure des parois vestibulaires. Ce phénomène peut être observé à n'importe quel endroit sur la paroi du vestibule, mais surtout sur la partie postérieure (inférieure). <i>Phénomène fréquemment observé chez les bébés et les jeunes enfants. Sa première apparition est assez rare après l'âge de 6 ou 7 ans. Relation possible avec une irritation chronique.</i>
Sclérolichen	Condition atrophique chronique peu courante créant des zones de peau plus claire et plus mince que la normale. Le sclérolichen peut affecter la peau de n'importe quelle partie du corps mais cette affection touche souvent la peau de la vulve, le prépuce ou la peau autour de l'anus. Des démangeaisons sont souvent associées à cette affection, pouvant occasionner des irritations et des saignements.
Prolapsus de l'urètre	Protubérance anormale de l'urètre hors du méat externe. Peut avoir une apparence rouge et gonflée.
Infection à streptocoque	Les streptocoques du groupe A sont des bactéries Gram-positives produisant une bêta-hémolyse et apparaissant généralement en chaînes d'au moins deux bactéries. Elles ont à leur surface des molécules appelées antigènes Lancefield de groupe A.
Infection à staphylocoque	Les staphylocoques sont des bactéries fréquemment présentes sur la peau ou dans le nez souvent même chez des personnes en bonne santé.
Blessure du cavalier	Blessure de la zone urogénitale résultant d'une chute, lorsque l'enfant est amené à « chevaucher » brusquement un objet.

INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT CHEZ LES ENFANTS

Lorsque des enfants sont évalués pour déterminer s'ils ont été exploités ou ont subi des violences sexuelles, divers tests peuvent être faits, selon l'apparence des faits et l'examen physique. À cause de la prévalence du VIH et d'autres ITS chez les enfants prépubères exploités ou ayant subi des violences sexuelles, il est raisonnable que des tests de diagnostic de ces infections soient effectués (Kaplan et al. 2011). Cependant, dans les régions géographiques avec une forte prévalence du VIH où les ressources sont limitées, des tests de dépistage du VIH et des séances de counseling doivent être offerts dans la mesure du possible. Les prestataires devront déterminer dans quelles circonstances et de quelle manière ces tests doivent être effectués.

Chez les enfants prépubères, un test d'« urine sale » (ou prélèvement d'évacuation d'urine aléatoire) ou un test d'amplification d'acide nucléique (TAAN) est supérieur aux prélèvements génitaux avec tampons (Black 2009). Le TAAN est également approprié pour des adolescents. En l'absence de TAAN, les prélèvements génitaux avec tampons chez les enfants prépubères doivent être faits sur la vulve et à côté de l'orifice du vagin. Les échantillons prélevés du col de l'utérus sont nécessaires uniquement chez les adolescentes (c.-à-d. celles arrivées au moins au deuxième stade de puberté de Tanner ; voir l'annexe 3) car ces adolescentes peuvent avoir des infections asymptomatiques. Un traitement prophylactique des infections doit être offert aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles en fonction des politiques en vigueur localement. Les enfants et les adolescents ayant des résultats positifs à des tests d'ITS doivent être traités conformément aux protocoles nationaux. Des prélèvements peuvent être nécessaires pour effectuer des tests de grossesse (chez les filles pubères) et des dépistages d'ITS. Lorsqu'un prestataire effectue des tests d'ITS, un test de dépistage du VIH doit aussi être proposé.

Un diagnostic positif d'ITS chez un enfant ou un adolescent prépubère n'ayant pas encore eu de vie sexuelle active connue peut constituer une preuve d'exploitation ou de violence sexuelle. Le choix des tests de dépistage devra être déterminé au cas par cas. Le choix des tests et les résultats obtenus doivent être notés dans les dossiers médicaux. Les tests de diagnostic suivants peuvent être administrés à des enfants :

- Des tests d'urine TAAN de dépistage de chlamydia trachomatis et de neisseria gonorrhoeae. Cet échantillon peut être obtenu non stérile (échantillon d'évacuation d'urine aléatoire non stérile) (Black 2009).
- Test de dépistage de trichomonase sur une partie de l'échantillon d'urine non stérile.
- Test de dépistage de virus de papillome humain (VPH) avec tampon de prélèvement passé sur la vulve, le périnée et les tissus génitaux périphériques. Ce test peut être effectué avec ou sans la présence de verrues (voir les considérations médico-légales générales dans le tableau 8) (Unger 2011).
- Des cultures de virus d'herpès simplex (VHS) peuvent être obtenues en découvrant une vésicule et en envoyant le fluide à un laboratoire de culture. Une auto-inoculation est possible, de sorte que ce résultat ne peut suffire pour diagnostiquer une agression sexuelle. La culture virale peut permettre de distinguer entre une souche de type 1 ou de type 2.
- Un test sérologique initial de dépistage du VIH doit être offert lors de l'examen et effectué si un consentement est obtenu.

- Une transmission verticale (intra-utérine) du VIH et d'autres ITS est possible. Une transmission peut également survenir lors de la naissance par des sécrétions cervicales de la mère (gonorrhée, chlamydia, VPH, VHS) (CDC 2010).
- Implications des ITS fréquemment dépistées au niveau des diagnostics et des déclarations d'actes d'exploitation ou de violence sexuelle sur des jeunes enfants et des enfants prépubères (CDC 2010).

VIRUS D'HÉPATITE B (VHB)

Il n'existe pas d'informations sur le taux d'incidence du VHB dans les cas d'exploitation et de violences sexuelles. Cependant, le VHB peut être transmis sexuellement par le sperme et par le fluide vaginal. Si possible, un vaccin contre l'hépatite B doit être administré aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles qui ne sont pas vaccinés, dans les 6 semaines suivant le dernier incident (Rogstad et al. 2010). Les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles ont un risque plus élevé

d'être infectés par le VHB s'ils n'ont pas été immunisés contre ce virus. Si un vaccin est disponible et si l'enfant n'a pas été immunisé, il doit recevoir ce type de vaccin et les doses qui conviennent. La première dose doit être donnée lors de l'examen, comme composant du traitement. Lorsque la première dose a été administrée, l'enfant (ou un adulte en ayant la charge) doit recevoir des instructions pour compléter la série de trois doses et être encouragé à recevoir un rappel après une année.

Lorsque des tests de dépistage d'ITS sont pratiqués sur des enfants, il est important de savoir quand ont eu lieu les actes d'exploitation ou de violence sexuelle car les cultures d'ITS risquent fort de produire un résultat négatif sauf si l'enfant était déjà infecté. Des tests de suivi peuvent être nécessaires dans les cas les plus graves d'exploitation et de violence sexuelle, afin de répéter les tests réalisés lors de l'examen initial.

Traitement

L'évaluation et le traitement requis suite à des blessures, une exposition à des ITS ou un risque de grossesse, doivent être complétés lors de l'examen. Exemples de traitements pouvant être administré de façon préventive :

- PPE_{np}-VIH
- Prophylaxie et traitement d'ITS
- Prévention de grossesse
- Traitement des blessures

PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION NON PROFESSIONNELLE AU VIH (PPENP-VIH)

Certains enfants présentent un risque de transmission du VIH plus élevé que les adultes car les actes d'exploitation et de violence sexuelle sont fréquemment associés à de nombreux épisodes de violence pouvant causer des lésions aux muqueuses. Les circonstances spécifiques des actes d'exploitation et de violence sexuelle (p. ex. saignements accompagnant souvent les lésions) peuvent augmenter le risque de transmission du VIH dans les cas de pénétration vaginale, anale ou orale. Le site d'exposition au liquide séminal, la charge virale du liquide séminal et la présence d'une ITS ou de lésions génitales sur l'agresseur ou l'enfant exploité ou ayant subi des violences sexuelles peuvent également augmenter le risque d'infection au VIH (CDC 2005).

Plusieurs facteurs peuvent affecter la recommandation médicale d'une PPEmp-VIH, ainsi que l'acceptation par l'enfant de cette recommandation, notamment :

- La probabilité que l'agresseur soit infecté par le VIH
- Toute caractéristique d'exposition pouvant augmenter le risque de transmission du VIH
- Temps écoulé depuis les faits
- Avantages et risques potentiels d'une PPEmp-VIH

Lors de l'examen d'un enfant, il n'est généralement pas possible de connaître le statut sérologique de l'agresseur. En conséquence, le prestataire médical doit évaluer les informations disponibles concernant la prévalence locale du VIH et les caractéristiques d'exposition des actes d'exploitation et de violence sexuelle.

Lorsque le statut sérologique de l'agresseur est inconnu, divers facteurs peuvent être évalués pour déterminer s'il existe un risque élevé de transmission du VIH, notamment :

- Le fait qu'il y ait ou non eu pénétration vaginale, anale ou orale
- Le fait qu'il y ait ou non eu éjaculation sur les membranes muqueuses
- Le fait qu'il y ait eu ou non plusieurs agresseurs
- Le fait que des lésions aux muqueuses aient été ou non observées chez l'agresseur ou l'enfant exploité ou ayant subi des violences sexuelles
- Toute autre caractéristique de violence sur l'enfant ou l'agresseur peut augmenter le risque de transmission du VIH

Les facteurs de risque d'infection au VIH après des actes d'exploitation ou de violence sexuelle détermineront s'il est préférable ou non d'offrir une PPEmp-VIH à l'enfant. Les pratiques et les modalités de traitement entourant les procédures de prophylaxie post-exposition contre le VIH changent fréquemment. Pour ces raisons, les professionnels de la santé sont fortement encouragés à :

- Se tenir au courant des recommandations en vigueur dans ce domaine
- Se familiariser avec les politiques et directives nationales en vigueur
- S'assurer qu'ils connaissent les risques, les avantages et les coûts des diverses procédures, afin qu'ils puissent correctement en informer les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, ainsi que leur famille (CS-AECO 2011)

Le professionnel de la santé, le parent responsable et l'enfant doivent évaluer les risques et les avantages d'entreprendre ou pas une prophylaxie post-exposition (PPE) et décider ensemble de ce qui convient le mieux à l'enfant. Si une PPE est offerte, les informations suivantes doivent être présentées à l'enfant et à l'adulte en ayant la charge :

- Avantages non prouvés des antirétroviraux
- Effets toxiques connus des antirétroviraux
- Importance d'un suivi très attentif
- Avantages du respect des doses recommandées
- Nécessité d'un début précoce de la PPE pour en maximiser les avantages potentiels (le plus rapidement possible après l'agression, dans un délai maximum de 72 heures)

Le prestataire doit souligner le fait que les PPE semblent être bien tolérées par les enfants et que les effets indésirables graves sont rares (CDC 2010).

Plus la PPE débute rapidement après l'exposition, plus elle a de chances d'empêcher la transmission du VIH s'il y a effectivement eu contact avec le VIH. Cependant, la détresse ressentie après une agression peut empêcher un enfant de correctement évaluer les risques et avantages potentiels d'une PPE et de prendre une décision éclairée sur le début d'un tel traitement. Si une PPE est prescrite, elle doit débiter dans les 72 premières heures suivant les actes d'exploitation ou de violence sexuelle et durer 28 jours. Les fonctions rénales et les niveaux d'enzymes dans le foie du patient doivent être mesurés et un dénombrement complet de ses cellules sanguines doit être effectué avant le début de la PPE (pour établir des valeurs de référence). Ces valeurs doivent ensuite être suivies jusqu'à la fin du traitement. **Si les résultats du premier test de dépistage du VIH ont été négatifs, le test devra être répété 6, 12 et 24 semaines après l'agression.** Si l'offre de test initial de dépistage n'a pas été acceptée lors de l'examen, l'enfant doit être informé qu'il peut toujours revenir pour un test de dépistage. Si un professionnel spécialiste des infections au VIH chez les enfants est disponible, ce spécialiste doit être consulté avant de prescrire la PPE.

PROCÉDURE RECOMMANDÉE DE PPEP-VIH CHEZ LES ENFANTS

Les prestataires doivent connaître les protocoles en vigueur localement et les médicaments disponibles car les recommandations concernant les antirétroviraux peuvent changer. Selon l'OMS, la PPE doit être facilement accessible pour les enfants et les difficultés entourant l'accessibilité à ce service et au suivi doivent faire l'objet de mesures spéciales (voir encadré 8). Des faibles taux de participation aux tests de dépistage et aux activités de suivi ont été signalés et les stratégies de soutien des besoins des enfants en matière de PPE doivent faire l'objet d'une plus grande attention. Une consultation avec un spécialiste des maladies infectieuses (si disponible) doit avoir lieu le plus rapidement possible si une PPE est envisagée. En outre, des informations sur les traitements et les posologies convenant aux enfants doivent être mises à la disposition des

Le choix des médicaments de PPE administrés à des enfants dépendra des protocoles nationaux/locaux en vigueur. Les médicaments et les informations sur les doses s'appliquant aux enfants doivent être immédiatement disponibles et accessibles.

cliniciens. La disponibilité d'un spécialiste des maladies infectieuses ne doit pas retarder ni empêcher le début d'une PPE^{en}-VIH. Lorsque le test de dépistage est offert ou si une PPE est prescrite, un consentement approprié doit être obtenu et des services de counseling doivent être offerts.

Les effets secondaires les plus fréquents sont des nausées, des vomissements, des diarrhées, une fatigue et un malaise général. Malgré la nature bénigne de ces effets secondaires, certains peuvent être très prononcés et pousser les patients à cesser le traitement. En outre, les personnes suivant une PPE courent un risque d'intoxication du foie et des reins soulignant l'importance des analyses initiales et des analyses de suivi.

Les services de counseling et dépistage du VIH (CDV) doivent toujours être offerts avec les services de PPE sur la base d'un consentement éclairé, avec services de counseling avant et après le test selon les protocoles nationaux ou locaux en vigueur. Le test de dépistage du VIH ne doit pas être obligatoire ni constituer une condition préalable à une PPE et les résultats de ces tests doivent être traités de façon strictement confidentielle (OMS/OIT 2008). Si les services de CDV ne sont pas disponibles sur le site où se trouve l'enfant et que ce dernier remplit les critères de PPE, l'administration des médicaments doit débuter le plus rapidement possible. Il n'est pas recommandé que les enfants soient orientés vers des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) car les traitements médicamenteux prescrits dans ces situations ne conviennent pas à une PPE (OMS/OIT 2008).

Dans les situations où un service de CDV confidentiel est disponible, cette procédure doit être exécutée sur place. Si ce service n'est pas disponible sur place, l'enfant doit être orienté vers un centre de CDV. Peu importe l'endroit où l'enfant passe son test de dépistage, des conseils appropriés doivent également être prodigués avant et après le test.

CONTRACEPTION D'URGENCE (CU)

Il est impératif que le professionnel de la santé connaisse bien les lois en vigueur dans le pays où les soins sont offerts. Il doit notamment connaître les lois civiles nationales, les coutumes religieuses et les politiques de soins de santé en place. Le prestataire de soins a notamment pour rôle de fournir les informations nécessaires et de présenter les choix disponibles en matière de prévention de grossesse aux jeunes filles exploitées ou ayant subi des violences sexuelles, ou qui retourneront dans un milieu où cette prévention pourrait être utile. Ces informations et ces choix doivent être présents conformément aux lois et aux protocoles en vigueur localement, particulièrement lorsqu'il est question d'enfants mineurs.¹⁵

Encadré 8 : POSSIBILITÉS DE PPE LORS DE LA CONSULTATION INITIALE

- Approvisionnement en médicaments pour 1-7 jours (trousse de traitement initial)
- Médicaments remis chaque semaine ou toutes les 2 semaines pour encourager le suivi et réduire le risque que les médicaments soient jetés (doses croissantes)
- Remise de tous les médicaments du traitement de 28 jours dès la visite initiale (pour maximiser la possibilité de traitement complet si le suivi semble problématique) (OMS/OIT 2008)

¹⁵ Conformément à la politique du gouvernement des États-Unis et aux directives opérationnelles nationales de l'exercice 2013 du PEPFAR (PEPFAR 2012). Le PEPFAR soutient le droit de toute personne à décider librement du nombre, des périodes et de l'espacement des grossesses, ainsi que d'avoir les informations et les moyens de ces décisions, lesquelles doivent être prises librement sans craindre de discrimination, de stigmatisation, de coercition, mauvais traitement ou de dol. Les fonds du PEPFAR ne peuvent pas être utilisés pour offrir d'autres moyens contraceptifs que des condoms pour hommes et femmes, lesquels sont également efficaces pour protéger du VIH.

Le risque de grossesse engendré par des actes d'exploitation ou de violence sexuelle doit être une préoccupation chez toute jeune fille (à partir du stade tanner III, voir l'annexe 3), sans égard à la ménarche. Même une exposition non répétée peut provoquer une grossesse. Sous réserve des lois en vigueur et des protocoles nationaux régissant la prestation de tels services à des personnes mineures, la contraception d'urgence doit être offerte jusqu'à cinq jours (120 heures) après les actes d'exploitation ou de violence sexuelle. La posologie recommandée est 1,5 mg de contraceptif progestatif uniquement, en une seule dose. Ce traitement doit préférablement être administré dans un délai de 72 heures, mais il peut aussi être administré jusqu'à 120 heures après les faits. Si l'agression a eu lieu avant les 120 dernières heures, un test de grossesse peut être offert. Un autre traitement CU peut aussi être efficace jusqu'à 120 heures après les faits. Il s'agit de l'acétate ulipristal, en une seule dose orale de 30 mg. Ce traitement s'est avéré plus efficace que le levonorgestrel, particulièrement près de la limite de 120 heures (Glasier et al. 2010).

Les effets secondaires possibles de la CU sont limités. Des nausées et des vomissements peuvent survenir, mais ces effets sont plus fréquents avec les médicaments à base d'œstrogènes, lesquels ne sont plus recommandés. Les autres effets secondaires possibles sont une sensibilité des seins, des taches de sang ou des saignements, ainsi que des irrégularités des menstruations. Si la patiente a des nausées avant la CU, des médicaments antiémétiques peuvent lui être offerts.

Les jeunes filles déjà enceintes lors de l'examen doivent recevoir des informations sur toutes les options à sa disposition.

TRAITEMENT DES BLESSURES

Même si cette situation est rare, il est possible que des actes d'exploitation ou de violence sexuelle produisent des blessures physiques et/ou génitales. Toutes les blessures doivent être traitées lors de l'examen. Les sutures, les poses d'attelles, les soins de gestion de la douleur et les traitements des blessures doivent se faire avec un traitement médical approprié. Si des lésions sont observées sur les membranes muqueuses ou sur la peau, un traitement avec anatoxine de tétanos doit être administré. Si l'enfant n'était pas vacciné, il pourrait être nécessaire d'administrer un sérum antitétanique et de commencer une série de vaccins contre le tétanos (OMS 2008). Si l'enfant a moins de 7 ans, il est recommandé de lui administrer un vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DPT) ou contre la diphtérie et le tétanos (DT) plutôt que contre le tétanos seulement. Si l'enfant a 7 ans ou plus, un vaccin Td est préférable à l'anatoxine de tétanos seulement (OMS 2008).

Il arrive parfois que les blessures soient suffisamment graves pour nécessiter une intervention chirurgicale. Si une chirurgie est nécessaire, le prestataire doit faire tout ce qui lui est possible pour recueillir des preuves avant l'intervention chirurgicale pendant que l'enfant est sous anesthésie.

TRAITEMENT DE SUIVI

Voir le chapitre 4.

La déclaration obligatoire ne doit pas être confondue avec l'orientation d'un enfant vers un service de protection immédiate s'il est en danger imminent.

DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES

Certains pays n'ont pas de système fiable de déclaration des cas d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, sans compter que la définition des concepts d'exploitation et de violence sexuelle varie d'un pays à l'autre (OMS 2003). Les exigences de déclaration obligatoire d'actes criminels et les groupes d'âge auxquels s'appliquent ces exigences varient. Il est essentiel que les prestataires de soins connaissent les lois locales sur la déclaration obligatoire des cas d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Le PEPFAR demande que chaque organisme applique une politique à ce sujet au niveau des cliniques pour guider les prestataires pour tout ce qui concerne les déclarations.

Si des règles de déclaration obligatoire s'appliquent, l'enfant et l'adulte en ayant la charge doivent être informés des responsabilités de déclaration du prestataire, ce qui peut être fait conjointement avec le processus initial de consentement éclairé. Les informations suivantes doivent être communiquées à l'enfant (selon son stade de développement) et à l'adulte en ayant la charge :

- L'organisme ou la personne à qui le prestataire enverra sa déclaration
- La nature des informations qui seront communiquées
- Manière dont les informations seront communiquées (déclaration écrite, verbale, etc.)
- Conséquences probables de la déclaration
- Droits de l'enfant et de sa famille dans le cadre de ce processus

Dans ce type de cas, des mesures immédiates doivent être prises pour protéger la sécurité de l'enfant (notamment en contactant la police locale ou une agence de protection de l'enfance) avant de compléter le processus de déclaration obligatoire. Lorsque la sécurité de l'enfant est assurée, les opérations de déclaration obligatoire peuvent être complétées (IRC/UNICEF 2012).

L'International Rescue Committee et l'UNICEF formulent les recommandations suivantes pour signaler les cas d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles dans les juridictions où il existe un système de déclaration obligatoire (IRC/UNICEF 2012) :

- Prévoir un protocole pour maintenir la discrétion et la confidentialité pour les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles.
- Connaître les critères de déclaration obligatoire.
- Communiquer la déclaration verbale et/ou écrite (selon les lois en vigueur) dans le délai prescrit (généralement avant 24 ou 48 heures).
- Indiquer dans le rapport uniquement le minimum d'informations obligatoires.
- Expliquer à l'enfant et à l'adulte en ayant la charge ce qui se passe et pourquoi.
- Consigner une copie de la déclaration dans le dossier de l'enfant et effectuer le suivi approprié avec la famille et les autorités compétentes.

Plus l'enfant est âgé, plus il doit participer activement aux décisions de préparation de cette déclaration. Cette règle ne signifie pas que l'enfant peut décider de faire ou non la déclaration mais plutôt qu'il est important de reconnaître sa capacité de comprendre ce qui est préférable dans les circonstances, ainsi que le moment et la manière de compléter le rapport.

DOCUMENTATION

L'enfant ou l'adolescent s'étant présenté à la clinique pour y obtenir des soins doit repartir avec un dossier écrit indiquant ce qui a été fait. Ce dossier doit au moins contenir une copie du rapport médico-légal, des schémas ou des cartes anatomiques des observations réalisées, ainsi que des photos (le cas échéant). Tout ce qui concerne les soins doit être consigné par écrit, y compris les formulaires de consentement, le récapitulatif médico-légal, les résultats de l'évaluation physique, les preuves recueillies, les tests ou traitements réalisés et les images photographiques prises durant l'examen, de même que les soins de suivis et les recommandations d'orientation. Si le prestataire de soin est appelé à témoigner dans le cadre d'une poursuite judiciaire, ces informations pourront être utilisées pour relater la rencontre avec le patient.

Le dossier écrit doit indiquer avec exactitude la conduite de l'enfant, les déclarations de l'enfant durant le traitement et le récit des événements par l'adulte ayant la charge de l'enfant. Toutes les informations écrites doivent être lisibles et exactes. Toutes les déclarations faites par l'enfant doivent être citées textuellement entre guillemets sans interprétation de ce qui a été dit. Il est généralement préférable d'utiliser un formulaire standard pour documenter l'examen, pour des raisons de commodité et de fiabilité (OMS 2003). Un exemple de formulaire est disponible dans l'annexe 10.

Toutes les blessures doivent être clairement documentées, avec une terminologie standard et des mots descriptifs. Toutes les descriptions de blessures ou de plaies doivent au moins indiquer le type de blessure (contusion, lacération, etc.), la taille de la blessure, sa couleur et son emplacement. Des conseils pour décrire les caractéristiques des blessures physiques sont disponibles dans l'annexe 7. Toutes les observations doivent également être notées sur des pictogrammes ou des cartes anatomiques (voir les exemples dans l'annexe 10) et appuyées de photos lorsque l'équipement approprié est disponible. Décrivez les blessures sans formuler d'hypothèses sur leurs causes. Cependant, si l'enfant déclare ce qui a causé une blessure, notez-le dans ses propres mots, entre guillemets. Notez les détails des échantillons prélevés sur les blessures. Les plaies doivent être photographiées avant toute intervention (nettoyage, suture, etc.).

Lorsque des soins sont administrés à un enfant exploité ou ayant subi des violences sexuelles, il est possible que le prestataire doive produire des documents et des témoignages confirmant la nature de ces soins. Le tableau suivant présente une liste de choses à faire et à éviter concernant la documentation des interventions des prestataires.

Actions à faire et à éviter

FAIRE	ÉVITER
Écrire à la machine ou lisiblement à la main	Laisser des sections vides
Remplir toutes les parties du schéma	Tracer une croix sur des informations déjà notées ailleurs
Noter la date et l'heure de l'examen	Utiliser des abréviations non reconnues
Noter le récit des faits et la source de ces informations	Tirer des conclusions non fondées
S'assurer que toutes les copies sont lisibles	Tirer des conclusions légales
Si quelque chose n'a pas été examiné, écrire « Non examiné »	Permettre que le formulaire soit rempli par une personne n'ayant pas réalisé l'examen

FAIRE	ÉVITER
Placer des déclarations du patient entre guillemets	
Signer chaque page	
Remplir tous les documents obligatoires	

INTERVENTIONS PSYCHO-SOCIALES, SOINS DE SUIVI ET RECOMMANDATIONS D'ORIENTATION

Les conséquences à long terme de l'exploitation et des violences sexuelles sur la santé des enfants et des adolescents, particulièrement les effets sur leur santé mentale et le risque d'infection au VIH, soulignent à quel point il est important que les prestataires comprennent leur rôle pour que l'enfant reçoive les soins psychologiques, l'orientation dans le système et le suivi qui lui sont nécessaires. Les responsabilités du prestataire sont multiples :

- Interventions de santé immédiates et émergentes
- Prévention et traitement des maladies
- Sécurité de l'enfant à l'intérieur du centre médical et après sa sortie
- Orientation de l'enfant vers les ressources et les services dont il a besoin

Puisque les actes d'exploitation et de violence sexuelle peuvent affecter un enfant durant les diverses étapes de sa croissance et de son développement, la présence continue du counseling et des autres services doit constituer un élément important de toute stratégie d'intervention et de suivi. Le prestataire est bien placé pour faire en sorte que l'enfant bénéficie de services complets.

Les prestataires sont encouragés à rassembler les services suivants dans les communautés, sans hésiter à prendre les devants pour établir une liste des ressources existantes et déterminer comment ces intervenants peuvent collaborer pour améliorer les actions initiales et à long terme de lutte contre l'exploitation et la violence sexuelle :

- Soins médicaux d'urgence
- Clinique
- Chirurgie
- Maternité
- Défense des droits
- Counseling
- Services d'aide sociale comprenant les services de protection de l'enfance
- VIH
- Santé communautaire
- Pharmacie
- Laboratoire (analyses et collectes de preuves)

En outre, les prestataires doivent aider leur site à améliorer ses interventions à l'aide de réunions régulières avec les autres entités cherchant à protéger les enfants de l'exploitation et de la violence sexuelle. Il est essentiel d'élaborer et mettre en œuvre des politiques régissant les interventions auprès des enfants, comprenant la formation des prestataires afin que leurs actes soient médicalement appropriés et sensibles aux problèmes entourant l'exploitation et la violence sexuelle.

Le but de l'engagement collaboratif des ressources de la communauté est de mieux connaître et satisfaire les besoins et les droits des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles.

La participation possible du système de justice criminelle souligne également la responsabilité du prestataire de soins concernant les communications avec les forces de l'ordre, ainsi que pour la collecte et le transfert des preuves appropriées. S'il est obligatoire de déclarer les cas d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles dans la juridiction du prestataire, ce dernier doit obtenir un exemplaire du protocole national de gestion des cas, ainsi que des procédures de relations avec la police et les tribunaux. Chaque cas doit être évalué individuellement. Dans certaines juridictions, la déclaration des cas d'enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles peut être néfaste à l'enfant s'il ne bénéficie pas de mesures de protection appropriées (OMS/HCRNU 2004).

RÔLE DU PRESTATAIRE MÉDICAL CONCERNANT LES SOINS DE SUIVI

Les prestataires de services médicaux voient régulièrement des enfants ayant subi des agressions graves et des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles de sorte qu'ils doivent être préparés à faire appel aux services appropriés de santé et de soutien communautaire. Le tableau suivant indique les services de suivi généralement nécessaires après des actes d'exploitation et de violence sexuelle avec ou sans blessures graves.

Avec blessures graves	Sans blessure grave
<ul style="list-style-type: none"> • Défense des droits • Services d'aide sociale comprenant les services de protection de l'enfance • Counseling • Laboratoire (enquête criminelle) • Laboratoire (analyses médicales) • VIH • Pharmacie • Chirurgie • Santé communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Défense des droits • Services d'aide sociale comprenant les services de protection de l'enfance • Counseling • Laboratoire (analyses médicales) • VIH • Pharmacie • Maternité • Santé communautaire

À titre de professionnels bénéficiant d'une infrastructure établie et d'une base scientifique, les prestataires de soins doivent prendre les devants pour sensibiliser les partenaires communautaires et les ressources vers lesquelles sont orientés les patients sur la stigmatisation, la discrimination, les mythes et les silences très enracinés entourant les actes d'exploitation et de violence sexuelle contre des enfants, ainsi que sur les conséquences potentiellement fatales de ces actes sur la santé.

Des examens médico-légaux et des interventions médicales rapides peuvent aider à prévenir les grossesses, les ITS et le VIH, mais la récupération psychologique de l'enfant peut demander des mois, voire des années, de travail de défense des droits, d'action sociale et de séances de counseling.

La liste suivante énumère des suggestions d'intervention pouvant être réalisées par les prestataires de soins afin d'établir ou de renforcer les liens d'orientation vers des services communautaires de soutien psychologique et social.

- Encourager et organiser des visites régulières d'échange avec des prestataires experts en exploitation/violence sexuelle contre les enfants afin d'améliorer les prestations de soins.
- Dresser de façon participative un inventaire géographique des prestataires de services de la communauté vers lesquels peuvent être dirigés les enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles.
- Élaborer un répertoire formel de services communautaires potentiellement utiles aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, puis en distribuer des exemplaires à tous les prestataires intervenant auprès des enfants.
- Créer des relations formelles avec des institutions de services complémentaires, avec la création de systèmes formels d'orientation et réorientation.
- Développer des protocoles formels et informels concernant les normes de confidentialité, les prestations de services, les collectes d'informations et/ou les formes de collaboration étroite pour des projets ou des activités.
- Créer des systèmes formels d'orientation des patients avec mécanismes intégrés de suivi.
- Développer des algorithmes de soins comprenant des rendez-vous de suivi et des orientations vers des prestataires de services externes.
- Développer des systèmes d'orientation des patients facilitant l'utilisation et le suivi d'utilisation des services complémentaires.
- Organiser des activités de sensibilisation de la population pour que la communauté connaisse l'existence de services destinés aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles, ainsi que les moyens d'y accéder.
- Développer des outils de communication pour la communauté et le personnel de la clinique.
- Créer un programme d'éducation à l'intention des intervenants communautaires et des prestataires de soins pour qu'ils comprennent mieux la problématique et sachent mieux comment intervenir.

Les prestataires de soins de première ligne deviennent en quelque sorte les « parrains » des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. Ces enfants nécessitent l'intervention coordonnée d'une équipe de professionnels compétents de la santé et des services sociaux, ainsi que d'ONG pouvant notamment représenter les personnes ayant des besoins spéciaux comme les personnes handicapées, de même que des bénévoles de soutien psychologique et social.

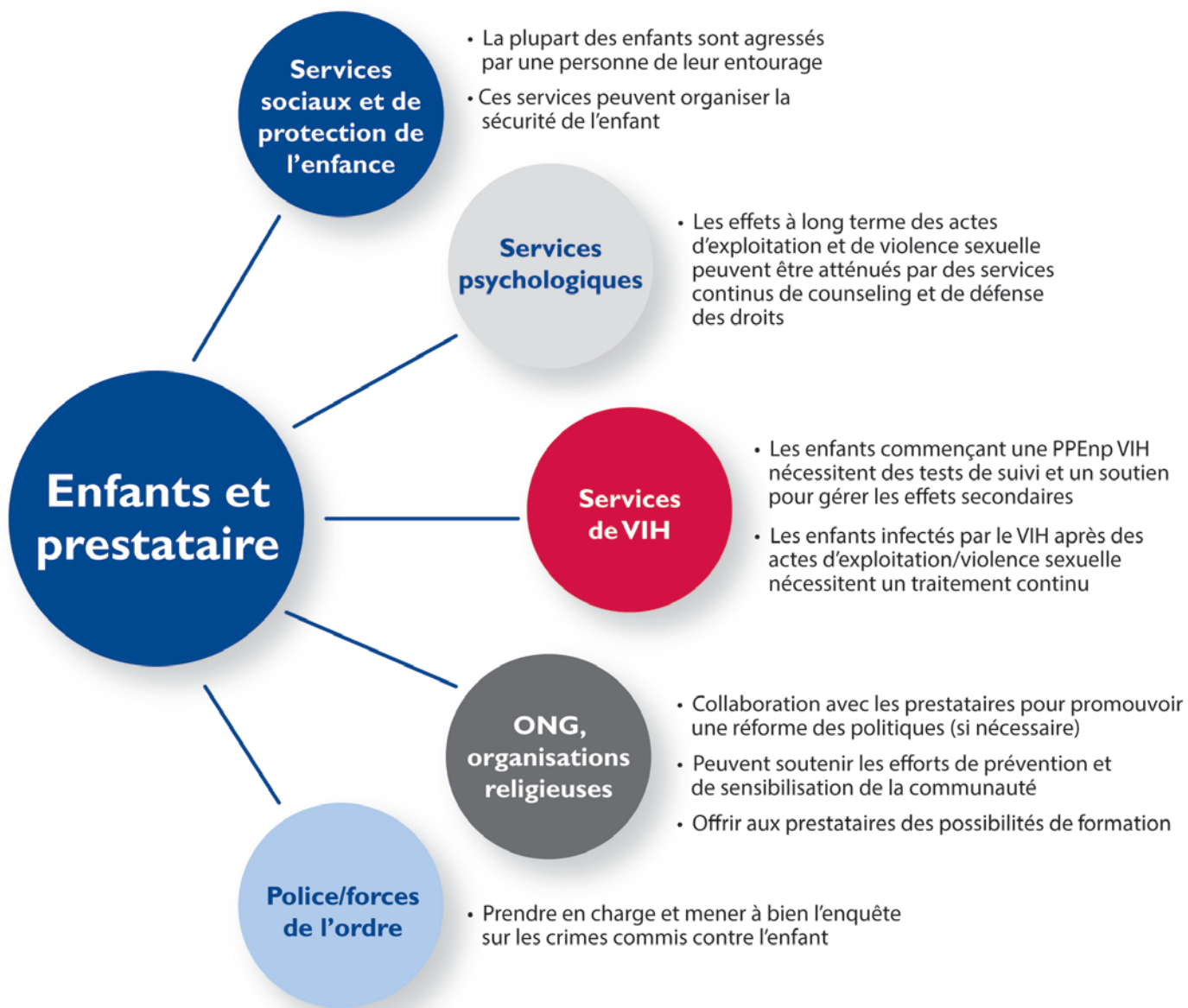
RÔLE DE LA COMMUNAUTÉ CONCERNANT LES SOINS DE SUIVI

Même si le rôle principal des prestataires de santé est de diriger la gestion des soins médicaux de l'enfant, ils doivent également s'assurer que les enfants et leurs familles connaissent l'existence des services complémentaires à leur disposition hors de l'établissement, qu'ils y soient bien orientés et qu'ils y aient un accès approprié.

Ces services complémentaires de soutien sont souvent offerts par des organisations très variées, incluant des associations communautaires, des ONG, des organisations représentant des personnes ayant des besoins spéciaux et des organisations religieuses. De nombreux intervenants peuvent offrir des services directs aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles et à leurs familles, notamment des services de police, des procureurs, des services sociaux, des refuges pour personnes maltraitées, des centres d'aide juridique, des cliniques locales, des organisations féminines et des organisations de soutien psychologique. La création de liens solides d'orientation mutuelle des enfants/familles entre ces prestataires est très importante pour une action coordonnée, mais cet aspect des services post-viol demeure souvent sous-développé.

Les communications d'orientation et de suivi des enfants/familles entre les services médicaux et les ressources communautaires sont décrites dans l'illustration suivante.

Figure 3. Communications d'orientation et de suivi des enfants/familles entre les services médicaux et les ressources communautaires



TRAITEMENT DE SUIVI

Les possibilités d'offrir des soins de suivi aux enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles sont souvent rares. En conséquence, il est essentiel que le traitement offert immédiatement après l'examen soit le plus complet possible.

Cependant, il arrive par exemple que des tests de dépistage d'IITS doivent être reportés à la phase de suivi, notamment si la visite initiale a eu lieu immédiatement après les actes d'exploitation et de violence sexuelle. La programmation des examens et traitements de suivi doit être établie de façon individuelle pour chaque enfant. Selon la nature du traitement initial, il est possible qu'un deuxième test de grossesse ou des tests de dépistage du VIH, du VHB et de la syphilis soient nécessaires. Le prestataire de soins doit s'assurer que l'enfant ou l'adulte en ayant la charge comprenne l'importance et le calendrier des visites de suivi.

Les visites de suivi permettent également d'observer et de documenter la guérison des traumatismes observés durant la visite initiale. En général, la guérison se fait relativement rapidement chez les enfants, de sorte les blessures physiques et génitales devraient être résolues ou guéries lors des visites de suivi. Les examens de suivi doivent également être utilisés pour vérifier que l'enfant et sa famille ont obtenu le soutien psychologique nécessaire, le cas échéant.

RÉFÉRENCES

- Adams, JA, K Harper, S Knudson, et al. 1994. "Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse: It's Normal to be Normal." *Pediatrics* 94(3):310-17.
- American Academy of Pediatrics (AAP). 2005. *Sexual Behaviors in Children*. Elk Grove, Ill: AAP.
- Black, CM, EM Driebe, LA Howard, et al. 2009. "Multicenter Study of Nucleic Acid Amplification Tests for Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in Children being Evaluated for Sexual Abuse." *The Pediatric Infectious Disease Journal* 28:608-13.
- Campbell, R, D Bibee, K Kelley, et al. 2012. "The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program Services on Law Enforcement Investigation Practices. A Mediation Analysis." *Criminal Justice and Behavior* 39(2):169-84.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2005. "Antiretroviral Postexposure Prophylaxis after Sexual, Injection-drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States: Recommendations from the US Department of Health and Human Services." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 54(No. RR-2).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010. "CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 59(No. RR-12).
- Christian, CW, JM Lavelle, AR De Jong, et al. 2000. "Forensic Evidence Findings in Prepubertal Victims of Sexual Assault." *Pediatrics* 106:100-104.
- Classen CC, OG Palesh, and R Aggarwal. 2005. "Sexual Revictimization: A Review of the Empirical Literature." *Trauma, Violence, & Abuse* 6(2):103-29.
- Cleland, K, H Zhu, N Goldstuck, et al. 2012. "The Efficacy of Intrauterine Devices for Emergency Contraception: A Systematic Review of 35 Years of Experience." *Human Reproduction* 27(7):1994-2000.
- Crandall, CS, and D Helitzer. 2003. *An Impact Evaluation of a Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Danielson, CK, A Macdonald, AB Amstadter, et al. 2010. "Risky Behaviors and Depression in Conjunction with—or in the Absence of—Lifetime History of PTSD Among Sexually Abused Adolescents." *Child Maltreatment* 15(1):101-107.
- DeForest, P, RE Gaensslen, and H Lee. 1983. *Forensic Science: An Introduction to Criminalistics*. New York: McGraw-Hill.
- Dube, S, R Anda, D Whitfield, et al. 2005. "Long-term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim." *American Journal of Preventative Medicine* 28(5):430-8.
- East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC). July 2011. *Guidelines for the Clinical Management of Child Sexual Abuse*. Arlington, Va: USAID.
- East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC). 2010. "Addressing Child Sexual Abuse in sub-Saharan Africa: Report of an Experts Meeting." Dar es Salaam, August 3-7, 2010. Arusha, Tanzania: ECSA-HC.

- Faculty of Forensic and Legal Medicine. July 2011. "Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects." Available at <http://fflm.ac.uk/upload/documents/1309786594.pdf> (accessed November 2012)
- Friedrich, WN, JL Fisher, CA Dittner, et al. 2001. "Child Sexual Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons." *Child Maltreatment* 6:37-49.
- Glasier, AF, ST Cameron, PM Fine, et al. 2010. "Ulipristal Acetate versus Levonorgestrel for Emergency Contraception: A Randomised Non-inferiority Trial and Meta-analysis." *The Lancet* 375(9714):555-62.
- Graham, R. 2006. "Male rape and Careful Construction of the Male Victim." *Social Legal Studies* 15(2):187-208.
- Hagan, JF, JS Shaw, and P Duncan, eds. 2008. "Theme 8: Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality." In *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 3rd ed., 169-176. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics.
- Innocenti Research Centre (IRC) and United Nations Children's Fund (UNICEF). June 2012. *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse. Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings*. New York: IRC Agency Headquarters.
- Innocenti Research Centre (IRC) and United Nations Children's Fund (UNICEF). May 2011. *Advancing the Field Caring for Child Survivors of Sexual Abuse in Humanitarian Settings: A Review of Promising Practices to Improve Case Management, Psychosocial & Mental Health Interventions, and Clinical Care for Child Survivors of Sexual Abuse*. New York: IRC Agency Headquarters.
- International Center for Research on Women (ICRW). 2012. "Child marriage facts and figures." Available at <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures> (accessed October 2012)
- Jewkes, R, P Sen, and C Garcia-Moreno. 2002. "Sexual Violence 2002." In *World Report on Violence and Health*, ed. E Krug, LL Dahlberg, JA Mercy, et al. Geneva: World Health Organization.
- Kaplan, R, J Adama, S Starling, et al. 2011. "Medical Response to Child Sexual Abuse: A Resource for Professionals Working with Children and Families." *STM Learning* 168-9.
- Kilonzo, N, et al. 2008. *Strengthening Reproductive Health and HIV and AIDS services Utilizing Sexual Violence as a Nexus in sub-Saharan Africa*. Briefing Paper. Nairobi, Kenya: LVCT, Care and Treatment.
- Kiragu, K. 1995. "Female Genital Mutilation: A Reproductive Health Concern." *Population Reports. Series J: Family planning programs* 23(33, SUPPL):1-4.
- Lechner, M, and K Nash. 2012. (healthcare worker, Swaziland). Discussion at meeting. November 2012.
- Long, Sian. 2011. "Affected by HIV Against Abuse, Exploitation, Violence and Neglect. Technical Report." Arlington, Va: USAID's support and technical assistance resources, AIDSTAR-One, Task order 1.
- Medical Protection Society. 2011. *Professional Support and Expert Advice. Consent to Medical Treatment in South Africa: An MPS Guide*. London: Medical Protection Society.
- Moreno, C. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Geneva: World Health Organization.
- Perry, B. 2007. *The Boy Who Was Raised as a dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook: What Traumatized Children Can Teach us about Loss, Love, and Healing*. New York: Basic Books.
- Pinheiro, P. 2006. *World Report on Violence against Children*. Geneva: United Nations Publishing Services.

- Population Council. 2008. *Sexual and Gender-based Violence in Africa: Literature Review*. Nairobi, Kenya: Population Council.
- Reza, A, MJ Breiding, J Gulaid, et al. 2009. "Sexual Violence and Its Health Consequences for Female Children in Swaziland: A Cluster Survey Study." *The Lancet* 373:1966-72.
- Rogstad, K, A Thomas, O Williams. et al. 2010. "UK National Guideline on the Management of Sexually Transmitted Infections and Related Conditions in Children and Young People (2009)." *International Journal of STD & AIDS* 21(4):229-41.
- Russell, W. 2007. "Sexual Violence Against Men and Boys." *Forced Migration Review* Issue 27 (January).
- Save the Children UK. 2007. *Protecting Children: Community Attitudes to Child Sexual Abuse in Rural Mozambique*. Maputo: Mozambique: Save the Children UK.
- Silovsky, JF, and L Niec. 2002. "Characteristics of Young Children with Sexual Behavior Problems: A Pilot Study." *Child Maltreatment* 7:187-97.
- Sivakumaran, S. 2010. "Lost in Translation: UN Responses to Sexual Violence Against Men and Boys in Situations of Armed Conflict." *International Review of the Red Cross* 877(31-03-2010).
- The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). 2012. *FY 2013 Country Operational Plan (COP) Guidance*. Washington, DC: PEPFAR.
- Unger, ER, NN Fajman, EM Maloney, et al. 2011. "Anogenital Human Papillomavirus in Sexually Abused and Nonabused Children: Results of a Multicenter Study." *Pediatrics* 128(3):e658-65.
- United Nations (UN). 1989. *United Nations Convention on the Rights of a Child*. Article 1. Available at <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/crc.pdf> (access January 2013)
- United Nations Children's Fund (UNICEF). 2007. *The State of the World's Children*. New York: UNICEF.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 1995. *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response*. Geneva: UNHCR.
- Watchlist. 2010. *Setting the Right Priorities: Protecting Children Affected by Armed Conflict in Afghanistan*. New York: Watchlist.
- World Health Organization (WHO). 1999. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2003. *Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2008. *Manual for the Health Care of Children in Humanitarian Emergencies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization/International Labour Organization (WHO/ILO). 2008. *WHO/ILO Joint Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection*. Section 2.5.3 HIV testing and counseling. Geneva: WHO.
- World Health Organization/United Nations High Commission for Refugees (WHO/UNHCR). 2004. *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons*, revised edition. Geneva: WHO.

RESSOURCES

INTRODUCTION

- World Health Organization (WHO) Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, 2003; available at <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>
- East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC) Guidelines for the Clinical Management of Child Sexual Abuse, 2011; available at http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/ECSA%20CSA_Guidelines_09_2011.pdf
- International Rescue Committee (IRC) and UNICEF Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings, 2012; available at http://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf
- WHO Manual for the health care of children in humanitarian emergencies, 2008; available at http://www.jhsph.edu/news/stories/2008/Moss_disaster_guide.html
- USAID Protecting Children affected by HIV against abuse, exploitation, violence, and neglect technical report, 2011; available at http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_Report_OVC_Child%20Protection.pdf
- WHO and United Nations High Commissioner for Refugees: Clinical management of rape survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Rev Edition, 2004; available at <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf>
- Save the Children/UK. Protecting Children: Community attitudes to child sexual abuse in rural Mozambique, 2007; available at http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/protecting_children_mozambique_1.pdf
- PEPFAR Expert Meeting on Clinical Post-Rape Care for Children in Primary Health Care Centers that Provide HIV Care, 2012; available at http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_PEPFAR%20PRC%20Meeting%20Report_DC_April%202012.pdf
- Population Council: Sexual and Gender Based Violence in Africa Literature Review, 2008; available at http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_LitReview.pdf
- UNICEF: The State of the World's Children, 2007; available at <http://www.unicef.org/sowc07/docs/sowc07.pdf>
- WHO: Female Genital Mutilation Fact Sheet, 2012; available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>
- UNICEF: The State of the World's Children, 2011; available at http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf
- International Center for Research on Women; available at <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures>
- Population Council February, 2008. Sexual and Gender Based Violence in Africa: Literature Review; available at http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_LitReview.pdf

ÉTABLIR ET RENFORCER LES INTERVENTIONS AUPRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EXPLOITÉS OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

Sexual Violence Research Initiative: South African Regional Training Programme For the Care and Support of Sexual Assault Survivors training; available at <http://www.svri.org/africantraining.pdf>

Responding to Sexual Violence: Community Approaches; available at http://www.law.berkeley.edu/HRCweb/SVA_CommunityApproaches.pdf

UNFPA. Addressing Sexual Violence in Humanitarian Settings; available at <http://www.unfpa.org/emergencies/violence.htm>

Developing an Integrated Model for Post-rape Care and HIV Post-Exposure Prophylaxis in Rural South Africa: Rural AIDS and Development Action Research Programme; available at http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK615.pdf

CARE International's Overall Approach to Prevention of Sexual Exploitation and Abuse; available at <http://gender.care2share.wikispaces.net/Sexual+Abuse+and+Exploitation>

What Are We Learning About Protecting Children in the Community? An Interagency review of evidence on community based child protection mechanisms; available at http://www.unicef.org/wcaro/What_Are_We_Learning_About_Protecting_Children_in_the_Community_Summary.pdf

Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence from WHO and the International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf

Sexual Violence in Africa: Key Issues for Programming from the Population Council; available at http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_KeyIssues.pdf

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse in Humanitarian Setting: A Review of Promising Practices to Improve Case Management, Psychosocial & Mental Health Interventions, and Clinical Care for Child Survivors of Sexual Abuse from UNICEF and IRC; available at <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Protection/GBV/Documents/Caring%20for%20Child%20Survivors%20in%20Humanitarian%20Settings%20-%20LIT%20REVIEW%20Aug%202011.pdf>

Post Rape Care Program Profile from LVCT, Care and Treatment; available at http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/programme_profile_and_highlights.pdf

GESTION MÉDICO-LÉGALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EXPLOITÉS OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

- International Association of Forensic Nurses SANE Education Guidelines; available at http://www.iafn.org/associations/8556/files/SANE%20Educational%20Guidelines%20Approved_Member%20use%20in%20Member%20Center.pdf
- Africa Regional Issues Brief: HIV, Children and the Law; available at <http://www.hivlawcommission.org/index.php/ard-dialogue-documentation?task=document.viewdoc&id=70>
- DeForest P, RE Gaensslen, and H Lee. 1983. *Forensic Science: An Introduction to Criminalistics*. New York: McGraw-Hill
- Faculty of the Forensic and Legal Medicine. "Guidelines for the collection of specimens." Available at www.rcplondon.ac.uk/Faculty/ForensicAndLegalMedicine (accessed July 2010)
- The Evaluation of Sexual Abuse in Children, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, by Nancy Kellogg, 2005; available at <http://www.pediatricsdigest.mobi/content/116/2/506.full>
- Seeking Patients' Informed Consent: The Ethical Considerations from the Health Care Professions Council of South Africa; available at http://www.hpcs.co.za/downloads/conduct_ethics/rules/seeking_patients_informed_consent_ethical_consideration.pdf
- Sexually Transmitted Diseases and Child Sexual Abuse from the US Department of Justice; available at http://www.missingkids.com/en_US/documents/sexually_trans_disease_child_sex_abuse.pdf
- A National Protocol for Sexual Assault Forensic Examinations of Adults and Adolescents from the US Department of Justice, 2004; available at <http://safeta.org/associations/8563/files/National%20Protocol.pdf>
- National Training Standards for Sexual Assault Medical Forensic Examiners from the US Department of Justice, 2006; available at <http://safeta.org/associations/8563/files/training%20standards.pdf>
- Post-Rape Care Checklists for Women, Men and Children from PATH; available at <http://www.iawg.net/resources/jobaids/Post-Rape%20Care%20for%20Adults%20and%20Children%20Pocket%20Guide.pdf>
- WHO Emergency Contraception Fact Sheet N 244; available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/> (accessed November 2012)

INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES, SOINS DE SUIVI ET RECOMMANDATIONS D'ORIENTATION

Sample Manual of Interagency Procedures and Practices; available at http://www.rhrc.org/resources/gbv/gbv_vann4.pdf

Disability is Natural; available at <http://www.disabilityisnatural.com/explore/pfi>

Guidelines for Counseling on Child Sexual Abuse from the Southern African Aids Trust; available at http://www.satregional.org/sites/default/files/publications/SAT_child_sexual_abuse_english.pdf

Delivering post-rape care services: Kenya's experience in developing integrated services from WHO; available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-052340/en/index.html>

ANNEXE I

GLOSSAIRE GÉNÉRAL

Les mots et expressions définis ci-dessous sont utilisés à de nombreux endroits du présent document.

ADOLESCENCE : Période d'âge allant de 10 ans à 19 ans. C'est une période de continuel développement physique, cognitif, comportemental et psychologique.

ADOLESCENT(E) : Personne ayant entre 10 et 19 ans.

ADULTE : Personne de 18 ans et plus.

ADULTE AYANT LA CHARGE : Personne s'occupant de l'éducation et des besoins quotidiens d'un ou plusieurs enfants. Il peut s'agir d'un parent, d'un frère ou d'une sœur, d'un ami de la famille ou d'un autre tuteur ; cette notion n'implique pas nécessairement de responsabilité légale. Cette expression peut s'appliquer aux parents d'une famille d'accueil, y compris ceux qui « adoptent » un enfant spontanément ou qui le font formellement.

AGRESSEUR : Personne qui inflige ou soutient des actes de violence ou un autre type d'agression à une autre personne contre sa volonté.

Les agresseurs d'enfants peuvent être des adultes ou des enfants, notamment :

- Parents, tuteurs ou autres adultes ayant la charge de l'enfant
- Autres membres de la famille vivant dans le même domicile (adultes et enfants)
- Autres membres de la famille vivant dans un autre domicile (oncles/tantes, grands-parents, cousins)
- Petit(e) ami(e), partenaire romantique, fiancé ou époux/épouse (dans le cas d'un mariage d'enfant)
- Amis, connaissances, voisins (amis de la famille et jeunes du même âge)
- Adultes inconnus / étrangers
- Figures d'autorité publique (enseignants, soldats, policiers, religieux, professionnels de la santé, animateurs de groupe de jeunes, adultes appartenant à des organisations travaillant auprès d'enfants).

AGRESSION SEXUELLE SUR UN ENFANT : L'Organisation Mondiale de la Santé considère qu'une agression sexuelle sur un enfant consiste à « faire participer l'enfant à une activité sexuelle qu'il ne comprend pas totalement, pour laquelle il ne peut pas donner de véritable consentement éclairé, pour laquelle il son développement ne l'a pas encore préparé et ne lui permet pas de donner un consentement éclairé ou qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Il y a agression sexuelle sur un enfant lorsqu'il y a une activité sexuelle entre un enfant et un adulte ou un autre enfant dont l'âge ou le développement crée une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir, l'activité ayant pour but de gratifier ou satisfaire les besoins de l'autre personne, ce qui inclut notamment :

- L'incitation ou l'obligation faite à un enfant de participer à une activité sexuelle illégale
- L'exploitation d'un enfant dans un cadre de prostitution ou d'autres pratiques sexuelles illégales
- L'exploitation d'enfants pour des actes ou des documents pornographiques » (OMS 1999)

CHAÎNE DE GARDE : Documentation chronologique formelle de la garde et de la possession de preuves. Ce document est utilisé pour confirmer au tribunal l'intégrité d'un processus de collecte et conservation de preuves.

CONFIDENTIALITÉ : La confidentialité est un principe éthique associé aux professions médicales et aux services sociaux. Pour préserver la confidentialité, le prestataire de service doit protéger les informations recueillies sur ses clients et s'engager à communiquer les informations d'un client uniquement avec le consentement de ce dernier. Toutes les informations écrites doivent être conservées dans un lieu confidentiel, à l'intérieur d'un meuble fermant à clé. Lors d'intervention auprès d'enfants, la confidentialité des informations peut avoir certaines limites (p. ex. lorsque la loi oblige à déclarer les cas d'agression sur un enfant).

DÉCLARATION OBLIGATOIRE : Cette notion fait référence aux lois et règlements du pays ou de la juridiction qui obligent certains organismes et/ou certaines personnes ayant des professions d'aide (enseignants, travailleurs sociaux, personnel médical, etc.) à signaler à la justice et/ou à des services de protection de l'enfance les cas confirmés ou suspectés d'agression sur des enfants (agressions physiques, sexuelles, morales, psychologiques ou de négligence, ainsi que relations sexuelles illégales).

DIVULGATION : Processus de révélation d'informations. Dans le présent document, le mot « divulgation » employé dans le contexte d'une agression sexuelle fait référence à la façon dont une personne découvre qu'un enfant a subi une agression sexuelle. La divulgation d'une agression sexuelle peut être faite directement ou indirectement et volontairement ou involontairement.

ENFANT : Personne ayant moins de 18 ans. Les enfants ont des capacités d'évolution qui dépendent de leur âge et de leur stade de développement. Lors d'interventions auprès d'enfants, il est très important de bien connaître ces stades, afin de choisir les meilleures méthodes de communication selon l'âge des enfants. Cette connaissance permet également au prestataire de définir le niveau de compréhension d'un enfant et sa capacité de prendre des décisions concernant ses soins. Grâce à ces informations, le prestataire pourra prendre des décisions éclairées sur les interventions les plus appropriées pour chaque enfant.

Les définitions suivantes clarifient le mot « enfant » en regard de son âge et de son stade de développement, en vue de guider le choix des interventions et des traitements.

- Enfant = 0 à 18 ans, selon la Convention sur les droits des enfants
- Jeune enfant = 0 à 9 ans
- Jeune adolescent = 10 à 14 ans
- Grand adolescent = 15 à 18 ans

ENFANTS EXPLOITÉS OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES: Personne de moins de 18 ans ayant subi une agression sexuelle. L'exploitation d'un enfant est l'utilisation d'un enfant afin qu'une autre personne en tire des avantages économiques ou sexuels, des gratifications ou une rémunération, souvent accompagnée de traitements injustes, cruels et néfastes pour l'enfant (Save the Children UK 2007). Ce terme est utilisé tout au long du présent document.

EXPLOITATION SEXUELLE : Tentative d'usage ou usage abusif réel d'une position de vulnérabilité, d'autorité ou de confiance pour obtenir des faveurs sexuelles, notamment pour un profit monétaire, social ou politique possible grâce à l'exploitation d'une autre personne (voir également la définition d'agression sexuelle sur un enfant).¹⁶

PRESTATAIRE DE SERVICE : Prestataires de services de santé ou psycho-sociaux chargés d'offrir des services directs à des enfants ayant subi des violences basées sur le genre. Ces professionnels comprennent les enquêteurs, les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé et les employés des services de protection de l'enfance. Remarque : Cette expression ne s'applique pas aux policiers même si plusieurs conseils des sections de communication peuvent également être utiles à des policiers.

PRINCIPE D'ÉCHANGE DE LOCARD : Principe de science médico-légale développé par Edmund Locard, selon lequel tout contact entre deux corps, même léger, engendre un échange entre ces deux corps. Ainsi, tout contact entre un agresseur et un enfant peut engendrer des preuves corroborant les faits, tout comme le lieu du crime. Ces preuves peuvent prendre la forme de petites particules et/ou de fluides corporels de l'agresseur. Lorsque le corps de l'enfant est évalué, des échantillons médico-légaux doivent être prélevés sur les lieux susceptibles de contenir des preuves des actes commis.

SURVIVANT/VICTIME : À moins d'indication contraire, le terme « survivant » s'applique autant aux femmes et aux filles qu'aux hommes et aux garçons. La plupart des personnes se présentant pour obtenir de l'aide après un acte de violence sexuelle ou de violence basée sur le genre sont des femmes et des filles. Il est également reconnu que même les garçons et les hommes peuvent être victimes. Ce document fait référence aux personnes agressées à titre de survivants, victimes, clients ou patients. Les mots survivants, victimes, clients et patients peuvent être utilisés de façon interchangeable.

VIOL : Usage de la force physique ou d'un autre moyen de coercition pour faire une pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus avec un pénis, une autre partie du corps ou un objet (Jewkes, Sen, et Garcia-Moreno 2002). Pénétration de la vulve, de l'anus ou de la bouche avec une partie du corps ou un objet sans le consentement du sujet.

VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE (VBG) : De manière générale, une « violence basée sur le genre » est une violence dirigée contre une personne en raison de son sexe biologique, de son identité sexuelle ou son adhérence perçue à certaines normes sociales de masculinité ou de féminité. Elle couvre les agressions physiques, sexuelles et psychologiques, les menaces, la coercition, la privation arbitraire de liberté et la privation de dignité économique, autant dans la vie publique que privée.

- La VBG peut se manifester sous plusieurs formes à toutes les étapes du cycle de la vie, depuis la phase prénatale, puis à l'enfance et à l'adolescence, durant l'âge reproductif et jusqu'à la vieillesse (Moreno 2005). Les types de VBG sont nombreux et comprennent l'infanticide des filles, les pratiques traditionnelles néfastes comme les mariages précoces et forcés, les meurtres d'honneur, l'excision, les agressions sexuelles d'enfants, l'esclavage des enfants, le trafic de personnes, la coercition et les agressions sexuelles, la négligence, la violence domestique et les agressions sur des personnes âgées.

¹⁶ <http://europeandcis.undp.org/files/hrforms/STSG200313%20-%20Measures%20for%20Protection%20from%20Sexual%20Exploitation%20and%20Sexual%20Abuse.pdf>

- Les femmes et les filles sont les plus menacées et les plus affectées par la VBG. Par conséquent, les expressions « violence contre les femmes » et « violence basée sur le genre » sont souvent utilisées de manière interchangeable. Cependant, les hommes et les garçons peuvent également être victimes de VBG, tout comme les minorités sexuelles ou de genre comme les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ou les personnes transgenres. Quelle qu'en soit la cible, la VBG est enracinée dans les inégalités entre les hommes et les femmes, et est caractérisée par l'utilisation abusive d'un contrôle ou d'un pouvoir physique, émotionnel ou financier.

VIOLENCE CONTRE DES ENFANTS : Toute forme de blessure, d'agression ou de violence physique ou mentale, ainsi que toute forme de négligence ou de traitement négligent, de mauvais traitement ou d'exploitation, ce qui comprend les agressions sexuelles (NU 1989).

- ***Violence physique contre des enfants :*** Comprend tous les cas de violence mortelle et non mortelle. Ce concept correspond à l'usage de force physique contre un enfant avec une forte probabilité de nuire à la santé, à la survie, au développement ou à la dignité de l'enfant. Comprend tous les châtimements corporels et toutes les formes de torture et de traitement cruel, inhumain ou dégradant, ainsi que l'intimidation physique et le ternissement de l'image par un adulte ou un autre enfant. Un châtiment « corporel » ou « physique » est une punition utilisant la force physique avec l'intention de causer de la douleur ou un malaise, même faible, ce qui s'applique aux tapes (avec la main ou un objet), les coups de pied, les secousses du corps et les projections, les éraflures volontaires, les pincements, les morsures, la saisie violente des cheveux, le frottement des oreilles, les coups de bâton, forcer à demeurer dans une position inconfortable, les échaudages et les ingestions forcées (Pinheiro 2006).
- ***Violence émotionnelle contre des enfants :*** Série de négligences ou incident isolé empêchant un enfant d'avoir un environnement de soutien propice à son développement et ayant une forte probabilité de nuire à la santé physique ou mentale de l'enfant ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Cette définition s'applique notamment à :
 - Toutes les formes d'interactions néfastes pour un enfant, comme le persuader qu'il ne vaut rien, que personne ne l'aime, que personne n'en veut, qu'il est menacé ou qu'il est tout juste bon à satisfaire les besoins de quelqu'un d'autre
 - Faire peur, terroriser et menacer ; exploiter et corrompre ; dédaigner et rejeter ; isoler, ignorer et faire preuve de favoritisme
 - Refuser un soutien émotionnel ; négliger les besoins médicaux, éducatif et de santé mentale
 - Insulter, injurier, humilier, diminuer, ridiculiser
 - Exposition à la violence domestique
 - Enfermement solitaire, isolement, détention sous des conditions humiliantes ou dégradantes
 - Intimidation psychologique et ternissement d'image par des adultes ou d'autres enfants, incluant avec des technologies informatiques et de communication (ce qui comprend la « cyber-intimidation »).⁶
- ***Violence sexuelle contre des enfants :*** Toutes les formes d'agression sexuelle et d'exploitation sexuelle d'enfants (voir la définition d'agression sexuelle sur un enfant)

ANNEXE 2

COMPORTEMENT SEXUEL DES JEUNES ENFANTS¹⁷

Exemples de comportements sexuels d'enfants de 2 à 6 ans

Comportements normaux et fréquents	Comportements normaux moins fréquents	Comportements rares chez des enfants normaux	Comportements rarement normaux
Se toucher/frotter ses organes génitaux en privé/public	Se frotter le corps contre d'autres personnes	Demander à des camarades/adultes de se livrer à des actes sexuels spécifiques	Comportements sexuels avec des enfants ayant au moins 4 ans de différence
Regarder/toucher les organes génitaux de camarades ou de nouveaux frères/sœurs	Essayer d'insérer la langue dans la bouche lors d'un baiser	Insérer des objets dans ses organes génitaux	Variété de comportements sexuels observés quotidiennement
Montrer ses organes génitaux à des camarades	Toucher les organes génitaux de camarades/adultes	Imiter explicitement une relation sexuelle	Comportements sexuels causant une perturbation émotionnelle ou une douleur physique
Se tenir debout/s'asseoir très près	Mime grossier de mouvements associés à des actes sexuels	Toucher les organes génitaux d'animaux	Comportements sexuels associés à d'autres comportements physiquement agressifs
Essayer de voir la nudité de camarades/adultes	Comportements sexuels occasionnels mais persistants, qui dérangent les autres	Comportements sexuels fréquemment dérangeants pour les autres	Comportements sexuels avec coercition
Comportements passagers, peu récurrents et dont l'enfant est facilement distrait	Comportements passagers, moyennement faciles à distraire	Comportements persistants, résistant aux distractions des parents	Comportements persistants ; les distractions rendent l'enfant colérique

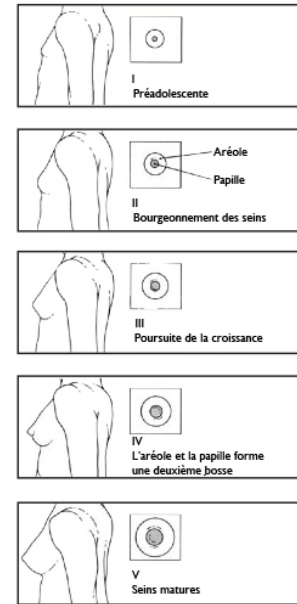
¹⁷ American Academy of Pediatrics. <http://www2.aap.org/pubserv/PSVpreview/pages/behaviorchart.html>

ANNEXE 3

STADES TANNER DE DÉVELOPPEMENT SEXUEL¹⁸

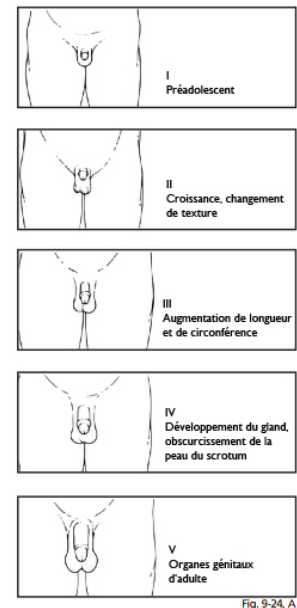
Chez les jeunes femmes, les stades Tanner de développement des seins sont les suivants (figure 9 – 24, C) :

- Stade I (préadolescence) – Seule la papille est élevée au-dessus du niveau de la paroi thoracique.
- Stade II (bourgeonnement des seins) – Élévation des seins et des papilles sous forme de petites bosses avec une augmentation du diamètre des aréoles.
- Stade III – Les seins et les aréoles continuent de s’agrandir, sans cependant montrer de démarcation des contours
- Stade IV – Les aréoles et les papilles s’élèvent au-dessus du niveau de la poitrine et forment des bosses secondaires, avec développement plus avancé des tissus des seins.
- Stade V – Des seins de femme se sont complètement développés. Les papilles peuvent s’étendre légèrement au-dessus du contour des seins à cause de l’affaissement des aréoles.



Les stades de développement des organes génitaux mâles sont les suivants (figure 9 – 24, A) :

- Stade I (préadolescence) – Les testicules, le sac scrotal et le pénis ont des dimensions et des proportions semblables au début de l’enfance.
- Stade II – Agrandissement du scrotum et des testicules, changement de texture de la peau du scrotum. Il est possible que la peau du scrotum prenne une couleur plus rouge, ce qui peut être difficile à voir sur une photo en noir et blanc.
- Stade III – Croissance accrue du pénis, initialement de longueur, mais aussi avec une certaine augmentation de circonférence. Croissance accrue des testicules et du scrotum.
- Stade IV – Le pénis est significativement plus long et plus large, avec développement accru du gland. Les testicules et le scrotum continuent à grandir, avec une coloration nettement plus foncée de la peau scrotale. Ce changement de couleur est difficile à évaluer sur une photo en noir et blanc.
- Stade V – Les organes génitaux ont la taille et la forme d’organes adultes.



¹⁸ Vermont Department of Health. <http://healthvermont.gov/family/toolkit/tools%5CJ-I%20CARD%20Tanner%20Stages.pdf>

Puisque le début et la progression de la puberté peuvent varier considérablement, Tanner a proposé une échelle aujourd'hui largement reconnue, permettant de décrire le début et la progression des changements de la puberté (figure 9-24). Les garçons et les filles sont notés sur une échelle à 5 niveaux. Les garçons sont notés pour le développement de leurs organes génitaux et la croissance de leurs poils pubiens, alors que les filles sont notées pour le développement de leurs seins et la croissance de leurs poils pubiens.

Les stades de croissance des poils pubiens des filles sont les suivants (figure 9 – 24, B) :

- Stade I (préadolescence) – Un duvet se développe sur le pubis comme sur la paroi antérieure. Aucun poil sexuel n'est encore visible.
- Stade II – Apparition de longs poils duveteux, pigmentés et peu nombreux, généralement droits ou légèrement bouclés. Ces poils sont observés principalement sur le long de la lèvre. Ce stade est difficile à observer sur des photos en noir et blanc, particulièrement lorsque les photos sont d'une personne aux cheveux clairs.
- Stade III – Apparition de poils sexuels nettement plus foncés, plus épais et plus bouclés. Les poils sont maintenant étalés mais peu nombreux sur la jonction du pubis.
- Stade IV – Les poils s'étalent comme chez une adulte, mais ils sont moins nombreux. Aucun étalement des poils sur la surface intérieure des cuisses.
- Stade V – Les poils ont l'étalement et la quantité d'une adulte et forment un triangle inverse du type féminin classique. Les poils s'étalent sur la surface intérieure des cuisses mais pas au-dessus de la base du triangle inverse.

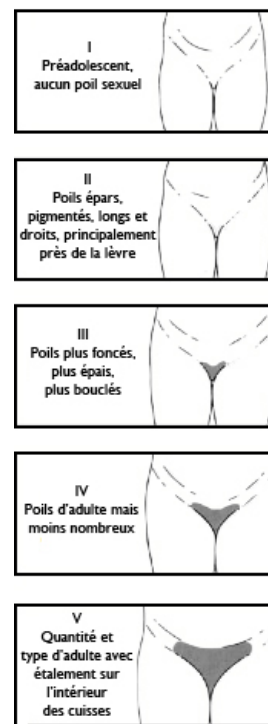


Fig. 9-24, B

Les stades de développement des poils pubiens des garçons sont les suivants (figure 9 – 24, D) :

- Stade I (préadolescence) – Un duvet se développe sur le pubis avec un degré de développement semblable aux poils de la paroi abdominale. Aucun poil pubien androgène n'est encore visible.
- Stade II – Apparition de longs poils duveteux, pigmentés et peu nombreux, généralement droits ou légèrement bouclés. Ces poils sont visibles principalement à la base du pénis. Ce stade peut être difficile à remarquer sur une photo, particulièrement si le sujet a les cheveux clairs.
- Stade III – Apparition de poils pubiens nettement plus foncés, plus épais et plus bouclés. Les poils s'étalent maintenant sur la jonction du pubis et les poils sont faciles à observer sur une photo en noir et blanc.
- Stade IV – Les poils s'étalent comme chez une adulte, mais ils sont nettement moins nombreux. Aucun étalement des poils sur la surface intérieure des cuisses.
- Stade V – Les poils ont l'étalement et la quantité d'un adulte et forment un triangle inverse. Possibilité d'étalement des poils sur la surface intérieure des cuisses.

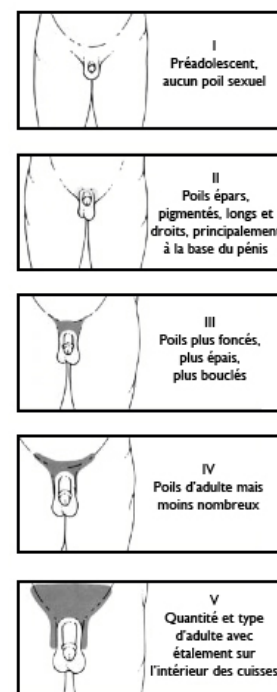


Fig. 9-24, D

ANNEXE 4

FICHE DE TRAVAIL SUR LA PRÉPARATION ET L'AMÉNAGEMENT D'UN SITE CLINIQUE

Cette fiche de travail peut être utilisée comme liste de contrôle pour aider un site clinique (autant les administrateurs que les prestataires) à évaluer sa capacité à offrir une gestion médicale efficace des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. La formation et la sensibilisation du personnel clinique du site doivent être prioritaires.

Les examens médico-légaux doivent être effectués dans un centre médical offrant le meilleur accès possible à la gamme complète de services pouvant être nécessaires à l'enfant. Idéalement, il doit s'agir d'un hôpital ou d'une clinique. Les enfants doivent avoir accès aux services 24 heures sur 24. Si cette disponibilité n'est pas possible, ils doivent pouvoir accéder à la clinique durant les heures d'ouverture. Les soins doivent être offerts avec éthique, compassion et objectivité, dans un cadre adapté aux enfants. Il est possible que des contraintes de ressources empêchent d'offrir les services dans un cadre idéal, mais il doit être possible de garantir une certaine qualité des installations en faisant en sorte qu'elles soient accessibles, sécuritaires, propres et confidentielles (OMS 2003).

Préparation globale du site

- Rédiger dans la langue des prestataires et mettre en œuvre des politiques, des procédures et des protocoles régissant les services
- Former les prestataires sur la problématique des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles.
- Développer une documentation clinique et des formulaires d'évaluation physique.
- Créer et mettre en œuvre un système d'archives médicales sécurisées.

Aménagement des installations d'examen

- Choisir un site approprié pour les examens privés.
- Utiliser les ressources disponibles pour créer un environnement agréable et accueillant pour les enfants.
- Organiser un accès immédiat à un éclairage adéquat, à un lavabo avec savon et à des toilettes fonctionnelles.
- Créer un système de suivi de données.

Aménagement des installations d'examen

- Élaborer un plan de dotation en personnel visant à garantir la disponibilité 24 heures sur 24 de professionnels de la santé qualifiés.
- Organiser la disponibilité de chaperons/compagnons pouvant être présents dans la salle d'examen durant la partie anale-génitale de l'évaluation médicale.

Équipement nécessaire

- Gants d'examen non stériles, sans poudre
- Table d'examen compatible avec les positions de lithotomie
- Spéculum (pour enfants pubères UNIQUEMENT)
- Fournitures de culture
- Lubrifiant
- Trousses de collecte de preuves
- Fournitures médico-légales (voir chapitre 2)
- Poubelle pour objets pointus/coupants
- Aiguilles, seringues
- Eau stérile, solution saline normale stérile
- Chemises d'hôpital, literie
- Fournitures médicales de base pour le traitement des blessures (sutures, bandages, attelles, ciseaux)
- Fournitures de confort des patients (p. ex. serviettes hygiéniques, aliments, boissons, articles de toilette, vêtements/sous-vêtements de rechange)
- Équipement de réanimation
- Appareil photographique numérique avec fournitures (p. ex. cartes mémoire, piles, flash et règle de référence photographique)
- Loupe portative
- Accès à un autoclave pour stérilisation de matériel si nécessaire
- Accès à un laboratoire ou à du matériel d'analyse
- Balances, tableau de croissance et ruban à mesurer

ANNEXE 5

CONSENTEMENT/ASSENTIMENT ÉCLAIRÉ ET DROITS DES PATIENTS

Il est important que les prestataires de soins connaissent bien les informations devant être relayées aux patients concernant les choix s'offrant à eux lors des examens, et qu'ils obtiennent leur consentement ou leur assentiment concernant les soins administrés. Puisque l'âge légal de consentement à des soins médicaux et à des tests de dépistage du VIH varie selon les pays, il est impératif que les prestataires connaissent et comprennent les lois nationales à ce sujet.

Un enfant ayant l'âge légal de **consentement** (variable selon les pays) doit signer une autorisation pour tous les traitements reçus, y compris l'examen médico-légal. Lorsqu'un enfant n'a pas l'âge légal de consentement à un traitement, son **assentiment** doit être obtenu et il conviendra de lui demander son autorisation avant de procéder. En outre, lorsqu'un enfant n'a pas l'âge légal de consentement, le prestataire de soins doit obtenir le consentement d'un parent, tuteur ou adulte en ayant la charge, en plus de l'assentiment de l'enfant. Aucun enfant ne doit *jamais être forcé* de subir un examen médico-légal (p. ex. vérification de virginité).

Les prestataires de soins doivent connaître les informations suivantes sur les droits officiels des enfants relativement aux décisions qui les concernent :

- Personnes devant donner l'autorisation (consentement éclairé) de traiter et soigner un enfant, selon les lois et les règles en vigueur localement
- Âge à partir duquel un enfant peut donner seul son consentement à des soins et à des traitements, selon les lois et les règles en vigueur localement
- Mécanismes permettant à des tiers de donner le consentement nécessaire si les parents ou les autres adultes ayant la charge de l'enfant ne sont pas disponibles ou s'ils sont soupçonnés d'avoir agressé l'enfant

Partie de l'examen	Consentement nécessaire
Examen médico-légal	Consentement écrit
Collecte d'échantillons médico-légaux	Consentement écrit
Divulgence d'informations et documents à la police ou d'autres autorités (p. ex. services sociaux)	Consentement écrit
Documentation photographique d'un examen	Consentement écrit
Test de dépistage du VIH	Consentement écrit
Contraception d'urgence	Consentement écrit

Le consentement peut être obtenu sous forme écrite dans un document unique pouvant contenir une liste de procédures, de sorte que le consentement est aussi donné individuellement pour chaque procédure. Le patient doit consentir à chacune des procédures et un consentement doit pouvoir être annulé à tout moment durant le processus (voir le modèle de formulaire de consentement inclus).

L'enfant et l'adulte en ayant la charge doivent comprendre la nécessité de protéger l'enfant contre de nouveaux sévices, notamment en remplissant les rapports obligatoires (le cas échéant) en cas d'enfant exploité ou ayant subi des violences sexuelles, ainsi qu'en cas d'idées suicidaires ou homicidaires. Un enfant capable de relater son histoire doit pouvoir le faire seul avec le prestataire pour garantir la confidentialité de ses confidences et l'absence d'influences afin qu'il réponde ouvertement aux questions posées (p. ex. activités sexuelles consensuelles).

Les enfants doivent aussi comprendre qu'ils peuvent faire cesser une procédure d'examen à tout moment et demander une « pause » lorsqu'ils le désirent. Les enfants peuvent aussi bénéficier de l'accompagnement d'une personne de confiance durant l'examen, en sachant que le parent/adulte ayant la charge de l'enfant n'est peut-être pas la personne préférée de l'enfant. Le prestataire de soins doit énoncer clairement que l'enfant peut poser des questions lorsqu'il ne comprend pas ce qu'on lui demande ou que quoi que ce soit n'est pas clair. Il est important de demander à l'enfant durant l'examen s'il a d'autres questions.

Directives d'assentiment/consentement éclairé (IRC/UNICEF 2012)

Group e d'âge	Enfant	Adulte ayant la charge de l'enfant	Si il n'y a pas d'adulte ayant la charge de l'enfant ou si ce n'est pas dans le meilleur intérêt de l'enfant	Moyens
0-5		Consentement éclairé	Consentement éclairé d'un autre adulte de confiance ou du responsable du cas	Consentement écrit
6-11	Assentiment éclairé	Consentement éclairé	Consentement éclairé d'un autre adulte de confiance ou du responsable du cas	Assentiment verbal, consentement écrit
12-14	Assentiment éclairé	Consentement éclairé	Autres adultes de confiance ou assentiment éclairé de l'enfant. Prendre en considération le niveau de maturité de l'enfant.	Assentiment verbal, consentement écrit
15-18	Consentement éclairé	Obtenir un consentement éclairé avec l'autorisation de l'enfant	Le consentement éclairé de l'enfant et son niveau de maturité doivent être pris en compte.	Consentement écrit

Les droits des patients varient selon les pays et parfois même d'une juridiction à l'autre dans un même pays. Le prestataire de soins doit connaître les politiques et les lois en vigueur localement concernant les droits des patients et s'y référer lorsqu'ils offrent des soins à des enfants exploités ou ayant subi des violences sexuelles. En l'absence de directives nationales ou locales, la clinique offrant des soins post-viol doit élaborer ses propres politiques sur les droits des patients. Même si nous devons nous efforcer de faire en sorte que les méfaits contre des enfants soient traités de façon satisfaisante par la justice criminelle, il faut reconnaître que les communautés n'ont pas toutes les mêmes moyens et les mêmes infrastructures pour arriver à ce résultat. Il faut se rappeler que l'aspect le plus important de l'intervention du prestataire de soins est d'œuvrer pour la santé et le bien-être de l'enfant, avec dignité et compassion.

MODÈLE DE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT¹⁹

NOM DU SITE

Avis au professionnel de la santé : Lisez la totalité du formulaire à l'enfant exploité ou ayant subi des violences sexuelles et/ou à l'adulte l'accompagnant, en expliquant qu'il peut choisir parmi les procédures indiquées (ou aucune). Obtenez une signature (ou l'empreinte du pouce avec la signature d'un témoin).

Je, _____ (écrire le nom du patient ou de l'adulte en ayant la charge), autorise l'établissement de santé susmentionné à exécuter les procédures cochées ci-dessous sur ma personne ou sur mon enfant+ (_____ [insérez le nom de l'enfant])

Procédure	Oui	Non
Effectuer un examen médical complet, pouvant comprendre un examen des organes génitaux		
Prélever des échantillons susceptibles de servir de preuve au tribunal (p. ex. vêtements, cheveux, tampons sous les ongles, échantillon de sang et photographies)		
Communiquer des preuves et des informations médicales à la police et aux tribunaux concernant mon cas ou celui de mon enfant, en sachant que ces informations seront limitées à celles du présent examen et des soins de suivi fournis ensuite		

Signature _____

Date _____

Témoin _____

¹⁹ Source : Directives nationales de gestion des cas de violence sexuelle au Kenya, 2^e édition, 2009

ANNEXE 6

EXAMEN PHYSIQUE « DE LA TÊTE AUX PIEDS »

Le tableau ci-dessous présente une description détaillée de la procédure d'examen d'un enfant de la tête aux pieds. L'examen doit être réalisé en respectant au maximum la dignité et l'intimité de l'enfant. Limitez l'exposition du corps aux parties examinées (p. ex. lors de l'examen des seins, découvrez seulement cette zone et couvrez le reste du corps pour respecter l'intimité de l'enfant).

Étapes	Observations	Autres remarques
Étape 1	Notez l'apparence générale de l'enfant, son attitude et son stade de développement.	Notez ses signes vitaux, sa taille, son poids et la circonférence de sa tête, s'il y a lieu.
Étape 2	Inspectez la tête et le cuir chevelu. Vérifiez s'il y a des zones où il manque des cheveux et recherchez des traces de contusion/pétéchies sur le cuir chevelu.	Palpez le cuir chevelu pour détecter d'éventuelles zones sensibles. Une palpation délicate du cuir chevelu peut révéler des zones sensibles et d'inflammation, signes d'hématomes. S'il y a eu perte de cheveux due à de fortes tractions durant l'agression, il sera peut-être possible de récolter des cheveux arrachés avec la main gantée de l'examineur ou d'observer des pétéchies à la surface du cuir chevelu ; une palpation délicate du bord des mâchoires et du bord des orbites peut révéler des zones sensibles indiquant des contusions pas encore visibles.
Étape 3	Inspectez les yeux. Recherchez des traces de contusion autour des yeux (ces traces sont parfois subtiles) et d'hémorragie ou de pétéchies conjonctivales. Recherchez des traces de blessure sur toutes les surfaces du cou.	Palpez le cou à la recherche d'emphysème sous-cutané. Ces signes peuvent indiquer une tentative de strangulation.

Étapes	Observations	Autres remarques
Étape 4	Inspectez les oreilles internes et externes, sans oublier l'arrière des oreilles, à la recherche de signes de lutte ou de contusion dissimulée, pouvant indiquer une fracture du crâne. Un saignement ou une perte de fluide céphalo-rachidien (FCR) dans une oreille peut également indiquer une fracture du crâne.	
Étape 5	Inspectez le nez et la bouche ; recherchez dans le nez des traces de saignement ou de perte de FCR, ainsi que des traces de contusion sur l'extérieur du nez. La bouche doit être inspectée soigneusement, y compris les lèvres, les gencives et la langue, en recherchant des lésions sur des structures et sur la muqueuse buccale. Des pétéchies sur le palais dur/mou peuvent être signes de pénétration orale ou de strangulation. Vérifiez s'il y a des traces de déchirure sur le frein de la langue et si des dents ont été brisées.	Prélevez des échantillons avec tampons buccaux, s'il y a lieu.
Étape 6	Des blessures sur el cou peuvent indiquer une tentative de strangulation, conduisant à de nouvelles questions du prestataire. Recherchez des traces de blessure sur toutes les surfaces du cou.	Palpez le cou à la recherche d'emphysème sous-cutané et notez les marques de ligature. Ces signes peuvent indiquer une tentative de strangulation. Les éraflures sur le cou survenues lors d'une tentative de strangulation peuvent avoir été causées par l'enfant désirant se protéger. Les pétéchies et les contusions rouges attribuables à des morsures ou des suctions doivent être notées et faire l'objet d'un prélèvement pour rechercher des traces de salive avec un tampon avant d'être touchées.
Étape 7	Examinez les mains de l'enfant sur tous les côtés à la recherche de blessures ; observez leur apparence générale ; vérifiez si il y a des marques de ligature sur les poignets.	Collectez les petits morceaux d'ongles cassés, s'il y a lieu.

Étapes	Observations	Autres remarques
Étape 8	Inspectez les avant-bras; vérifiez la circulation, les sensations et la capacité de mouvement ; notez aussi les blessures et les traces de piqûres intraveineuses.	Palpez la chair à la recherche de zones sensibles
Étape 9	Inspectez les surfaces intérieures du haut des bras et des aisselles; vérifiez la circulation, les sensations et la capacité de mouvement ; notez aussi les blessures.	Les enfants dont les mains ont été retenues peuvent avoir des marques rouges d'empreintes de doigts laissées par l'agresseur sur les bras de l'enfant.
Étape 10	Examinez la poitrine et le tronc. Des blessures évidentes et subtiles peuvent être observées à différents endroits sur le tronc. Les seins sont souvent la cible des agressions chez les filles et les femmes, notamment avec des marques de morsure ou de succion.	Faites des prélèvements pour rechercher de la salive avec un tampon s'il y a lieu. Auscultez les poumons.
Étape 11	Inspectez le dos de l'enfant, ce qui peut être fait en lui demandant de se retourner pour terminer l'évaluation ou en lui demandant de se tenir debout à la fin de l'examen pour une observation générale finale du dos.	Recherchez les traces de blessures et de contusion, sans oublier de palper pour détecter les zones sensibles.
Étape 12	Examinez l'abdomen, avec inspection, auscultation et palpation afin d'exclure tout traumatisme interne.	Si vous suspectez la présence de salive ou de fluide corporel, essayez d'en prélever des traces avec un tampon.
Étape 13	Examinez les parties antérieures et postérieures des jambes, en faisant particulièrement attention à la présence de blessures sur l'intérieur des cuisses. Vérifiez la présence de blessures ou de corps étrangers. Palpez les zones sensibles. Vérifiez également les pieds et les chevilles à la recherche de blessures, de corps étrangers et de zones sensibles, y compris sous la plante des pieds.	Prélevez les corps étrangers s'il y a lieu, palpez les zones sensibles et recherchez des difficultés de mouvement.
Étape 14	L'inspection des parties postérieures des jambes peut être plus facile à réaliser si l'enfant est debout ou assis sur les cuisses d'un parent. Vous pouvez aussi placer l'enfant en décubitus dorsal et lui demander de lever chaque jambe à tour de rôle, puis de se tourner légèrement pour examiner chaque fesse.	Tous les prélèvements de matières biologiques doivent être faits avec des tampons humides (prélèvements de traces de sperme, salive, sang) ou avec des mains gantées (poils, fibres, herbes, terre).

Étapes	Observations	Autres remarques
Étape 15	Les déformations physiques évidentes doivent être notées.	Il n'est généralement pas nécessaire de relever la présence de tatouages sauf s'ils sont reliés à l'agression (p. ex. si l'agresseur a tatoué la victime lors de l'agression).

ANNEXE 7

DESCRIPTION DES CARACTÉRISTIQUES DES BLESSURES PHYSIQUES (OMS/HCRNU 2004)

Caractéristiques	Remarques
Classification/ type	Dans la mesure du possible, utilisez la terminologie reconnue (p. ex. éraflure, hématome, lacération, blessure incisée)
Site	Notez l'emplacement de la plaie/blessure
Taille	Mesurez la blessure (avec une règle ou une autre méthode standard, comme une pièce de monnaie)
Forme	Décrivez la forme des blessures : linéaire, courbe, irrégulière
Contours	Notez l'état des tissus environnants : ecchymoses, enflure, sensible
Couleur	Observez les changements de couleur : rougeur, bleus, pâleur
Contenu	Notez la présence de corps étrangers dans la blessure : saletés, débris, verre
Âge	Notez les blessures partiellement/complètement guéries, entailles cicatrisées ; soyez très prudents à ce niveau, ne tentez PAS de dater des blessures
Bordures	Décrivez les bords des blessures : surface irrégulière, lisse, etc.
Profondeur	Estimez la profondeur des blessures s'il y a lieu

ANNEXE 8

FICHE DE GESTION MÉDICALE D'UN ENFANT EXPLOITÉ OU AYANT SUBI DES VIOLENCES SEXUELLES

Les prestataires peuvent utiliser cette fiche de travail pour se rappeler l'ordre et la nature des tâches devant être exécutées lors de l'évaluation d'un enfant exploité ou ayant subi des violences sexuelles.

- Dans la mesure du possible, obtenir de l'enfant un récit des faits sans la présence d'un adulte en ayant la charge.
- Notez le récit des faits obtenu de l'enfant s'il y a lieu, avec des citations entre guillemets dans la mesure du possible (lorsque l'enfant a 4 ans ou plus).
- Dans la mesure du possible, obtenir un récit des faits de la bouche de l'adulte accompagnant l'enfant sans la présence de l'enfant, sauf si l'enfant ne parle pas.
- Notez le récit des faits obtenu de l'adulte accompagnateur.
- Calculez le temps écoulé depuis le dernier contact avec l'agresseur (examen aigu ou non aigu).
- Identifiez et solutionnez les problèmes de sécurité si l'agresseur habite avec l'enfant.
- Identifiez et notez tous les traitements administrés.
- Recueillez des preuves si l'agression remonte à moins de 72 heures/3 jours et que l'enfant est prépubère.
- Recueillez des preuves si l'agression remonte à moins de 168 heures/7 jours et que l'enfant est pubère.
- Identifiez et notez les blessures sur la surface du corps.
- Identifiez et notez les blessures au niveau de l'anus et des organes génitaux.
- Offrez des services de prévention de grossesse selon la nature des actes (pénétration du vagin déclarée ou suspectée) et le stade de développement sexuel de la victime.
- S'il y a lieu, faites des cultures de dépistage d'ITS.
 - Sur les adolescents et les enfants prépubères, faites un test d'urine TAAN
 - S'il y a lieu, faites des prélèvements de culture avec un tampon sur la bouche et/ou l'anus pour dépistage de gonorrhée ou chlamydia
- Si l'enfant est prépubère, offrez des services de prévention des ITS.
- Si la situation est appropriée, offrez une PPEmp-VIH si ce service est disponible.
- Remplissez les déclarations obligatoires s'il y a lieu.
- Si possible, offrez une orientation vers des ressources communautaires appropriées.
- Programmez et notez les soins de suivi.

ANNEXE 9

FICHE SUR LE RÔLE DU CLINICIEN POUR LA COLLECTE DES PREUVES

Les prestataires peuvent utiliser cette fiche de travail pour déterminer les types de preuves, comment les recueillir, et dans quels délais après les actes d'exploitation et de violence sexuelle.

- Lorsqu'un clinicien reçoit un enfant peu de temps après les actes d'exploitation et de violence sexuelle, une procédure de collecte de preuves doit être offerte en même temps que les soins médicaux.
- Si l'enfant est prépubère, recueillez des preuves si l'agression remonte à moins de 72 heures/3 jours.
- Si l'enfant est pubère, recueillez des preuves si l'agression remonte à moins de 168 heures/7 jours.

Type/nature de l'agression	Collecte de preuves	Matériel possible	Équipement	Instructions de prélèvement
Pénétration orale avec le pénis avec ou sans éjaculation	Tampons oraux	Liquide séminal si le prélèvement a lieu moins de 2 jours après une pénétration orale	Cotons-tiges stériles	Utiliser deux tampons secs pour tamponner/frotter la cavité orale (p. ex. sous la langue, autour des dents, des joues et des gencives)
Dans tous les cas de collecte de preuves	Tampons buccaux	Échantillon de référence de l'ADN du patient	Cotons-tiges stériles	Utiliser deux tampons pour tamponner/frotter l'intérieur de chaque joue au moins 20 minutes après que le patient ait bu ou mangé. Ce prélèvement doit être exécuté <i>après</i> celui avec les tampons oraux .
Si un cas d'agression sexuelle facilitée avec de la drogue est suspecté Si le laboratoire d'analyses criminelles n'accepte pas le	Sang	S'il y a soupçon d'acte d'exploitation ou de violence sexuelle facilité par une drogue dans les 24 heures précédant	Éprouvette de sang contenant de l'oxalate de potassium OU au moins 1,5 % de fluorure de sodium + oxalate de potassium ou EDTA (acide éthylène diamine tétra acétique)	Prélever 10 ml de sang veineux

Type/nature de l'agression	Collecte de preuves	Matériel possible	Équipement	Instructions de prélèvement
<p>tampon buccal comme échantillon de référence d'ADN</p> <p>Si un cas d'agression sexuelle facilitée avec de la drogue est suspecté</p>	Urine	<p>l'examen</p> <p>S'il y a soupçon d'acte d'exploitation ou de violence sexuelle facilitée par une drogue dans les 120 heures précédant l'examen²⁰</p>	Récipient stérile approprié avec agent de conservation contenant au moins 1,5 % de fluorure de sodium	Récolter au moins 90 ml d'urine
Si le patient s'est brisé un ongle durant l'agression ou a griffé/tiré le corps de l'agresseur	Ongles, tampons sous les ongles	Particules de peau, de sang, de fibres, etc. (provenant de l'agresseur), ainsi que pour comparaison avec fragments d'ongles trouvés sur les lieux	<p>Cotons-tiges stériles x 2</p> <p>Eau stérile</p>	<p>Mouiller le premier tampon avec de l'eau stérile et nettoyer le dessous des ongles. Répéter avec le deuxième tampon sec. (Utiliser deux tampons par main)</p> <p>Prélever des retailles d'ongle uniquement si un ongle a été brisé durant l'agression.</p>
Si l'agresseur a placé sa bouche sur une partie du corps du patient, prélevez un échantillon ; si des corps étrangers ou des débris sont découverts durant l'examen, prélever des échantillons.	Échantillon d'autres parties de la surface du corps	<p>Fluides corporels/ADN ; autres corps étrangers (prélèvement sur la peau moins de 48 après l'agression)</p> <p>Corps étrangers (p. ex. végétation, poils collés ou poils étrangers)</p>	<p>Cotons-tiges stériles x 2 par site</p> <p>Eau stérile</p> <p>Sachet pharmaceutique</p>	<p>Mouiller le premier tampon avec de l'eau et tamponner/frotter sur les endroits où il est possible de trouver du sperme, des fluides corporels ou de l'ADN. Répéter avec le deuxième tampon sec.</p> <p>Placer le prélèvement dans un sachet, puis placer dans une enveloppe de preuve hermétiquement fermée</p>

²⁰ Society of Forensic Toxicologists Drug-Facilitated Sexual Assaults Fact Sheet: <http://soft-tox.org/sites/default/files/DFSA-Fact-Sheet.pdf>

Type/nature de l'agression	Collecte de preuves	Matériel possible	Équipement	Instructions de prélèvement
Pénétration vaginale avec le pénis ou autre contact entre organes génitaux	Organes génitaux : Pré-puberté Organes externes	Fluides corporels/ADN ; autres corps étrangers	Cotons-tiges stériles Eau stérile	Mouiller le premier tampon avec de l'eau stérile et tamponner/frotter entièrement les organes génitaux externes. Répéter avec le deuxième tampon sec.
Pénétration vaginale/avec le pénis ou autre contact entre organes génitaux	Organes génitaux : Pubère Organes externes Bas du vagin Haut du vagin Col de l'utérus	Fluides corporels/ADN ; autres corps étrangers	Cotons-tiges stériles Eau stérile Spéculum et lubrifiant à base d'eau (p. ex. K-Y®, Pedicat®, Gelcat®)	Mouiller le premier tampon avec de l'eau stérile et tamponner/frotter entièrement les organes génitaux externes. Répéter avec le deuxième tampon sec. Insérer un tampon sec dans le tiers inférieur du vagin (environ 2-4 cm après l'entrée du vagin) et exécuter un délicat mouvement de rotation pour prélever un échantillon. Répéter avec le deuxième tampon sec. Passer un spéculum stérile lubrifié dans le vagin. Insérez un tampon sec et tamponner/frotter sur la paroi muqueuse des deux tiers supérieurs et les culs-de-sac du vagin. Répéter avec le deuxième tampon sec. S'il n'est pas possible de passer un spéculum, tenter d'obtenir deux tampons vaginaux. Avec le spéculum en place, utiliser deux tampons secs, un à la fois, pour tamponner la surface du col de l'utérus.

Type/nature de l'agression	Collecte de preuves	Matériel possible	Équipement	Instructions de prélèvement
Pénétration anale avec le pénis ; pénétration rectale avec le pénis ; pénétration orale/anale ou contact	Anus-rectum : Zone péri-anale Canal anal	Fluides corporels/ADN ; autres matières	Cotons-tiges stériles Eau stérile	Mouiller le premier tampon avec de l'eau et tamponner/frotter les plis cutanés et la zone péri-anale. Répéter avec le deuxième tampon sec. Avec deux autres tampons, répéter la même procédure sur le canal anal.
Contact oral ; contact anal ou rectal ; présence de matière étrangère suspectée (p. ex. lubrifiant)	Tampons sur pénis : Tige du pénis et prépuce (repli de peau) Gland	Fluides corporels/ADN ; autres matières	Cotons-tiges stériles Eau stérile	Mouillez le premier tampon avec de l'eau et tamponner/frotter sur la tige du pénis et le prépuce (le cas échéant). Répéter avec le deuxième tampon sec. Répéter la même procédure sur le gland, en évitant l'urètre. (Un contact avec l'urètre produirait un prélèvement de l'ADN du patient.)
Si le patient porte les mêmes vêtements que lors de l'agression ; garder le slip uniquement si le patient a changé de vêtements depuis l'agression.	Vêtements	Corps étrangers collés (p. ex. sperme, sang, poils, fibres)	Sacs en papier	Les vêtements portés lors de l'agression doivent être placés dans un sac en papier. Les articles mouillés doivent être séchés si possible. Tous les articles doivent être conservés dans des sacs séparés.
Si la patiente portait un tampon ou une serviette hygiénique lors de l'agression ou immédiatement après ; si un condom est trouvé dans ou sur le corps de la victime après l'agression	Serviette hygiénique, tampon, doublure de slip, couche, condom	Fluides corporels/ADN ; autres corps étrangers (p. ex. sperme, sang, poils)	Récipient stérile approprié Petite pince	Garder si utilisé durant ou après une pénétration vaginale ou anale. Condoms : Utiliser une petite pince pour fermer l'extrémité ouverte et placer dans un récipient stérile.

ANNEXE 10

MODÈLE DE FORMULAIRE D'EXAMEN ET DE RÉCONSTITUTION DES FAITS (OMS/HCRNU 2004) ET CARTES ANATOMIQUES²¹

Formulaire d'examen médical et de reconstitution des faits – Violence sexuelle

I. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Prénom		Nom de famille	
Adresse			
Sexe	Date de naissance [jj/mm/aa]		Âge
Date/heure de l'examen /		En présence de	

Si le patient est un enfant, ajouter: nom de l'école, nom des parents ou tuteurs.

2. CIRCONSTANCES DE L'INCIDENT

Date de l'incident :		Heure de l'incident :		
Description de l'incident (récit de la victime)				
Violence physique	Oui	Non	Décrire le type et l'emplacement sur le corps	
Type (coups, morsures, cheveux tirés, etc.)				
Utilisation d'instruments de contention				
Utilisation d'arme(s)				
Drogues/alcool en cause				
Pénétration	Oui	Non	Sans certitude	Décrire (orale, vaginale, anale, type d'objet)
Pénis				
Doigt				
Autre (préciser)				
	Oui	Non	Sans certitude	Emplacement (orale, vaginale, anale, autre)
Éjaculation				
Condom utilisé				

²¹ www.ou.edu/cwtraining/assets/pdf/.../Anatomical%20Drawings.doc

Si la victime est un enfant, poser aussi les questions suivantes : Est-ce que c'est déjà arrivé auparavant ? Est-ce que c'était la première fois ? Depuis combien de temps est ce que ça dure? Qui a fait ça ? Est-ce que cette personne est encore une menace ? Demandez aussi si l'enfant a observé des saignements du vagin ou du rectum, des douleurs en marchant, des troubles urinaires, de la douleur en faisant les selles, des signes de pertes, d'autres symptômes.

3. INFORMATIONS MÉDICALES

Après l'incident, est-ce que la victime...		Oui	Non		Oui	Non
a vomi ?				s'est rincé la bouche ?		
a uriné ?				a changé de vêtements ?		
a déféqué ?				s'est lavé ou baigné ?		
s'est brossé les dents ?				a utilisé un tampon ou une serviette hygiénique ?		
Utilisation de moyens contraceptifs						
Pilule		DIU		Stérilisation		
Injectable		Condom		Autres		
Informations de menstruation/obstétrique						
Dernière période de règles (jj/mm/aa)			Menstruation lors de l'incident Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Preuve de grossesse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Semaines de grossesse : _____ semaines			
Antécédents obstétriques						
Antécédents de relations consenties (seulement si prélèvement d'échantillons pour analyse d'ADN)						
Dernière relation consentie moins d'une semaine avant l'agression		Date (jj/mm/aa)			Nom de la personne :	
Problèmes de santé existants						
Antécédents de mutilation génitale féminine, type						
Allergies						
Médicaments consommés actuellement						
Vaccinations	Vacciné(e)	Non vacciné(e)		Ne sait pas	Commentaires	
Tétanos						
Hépatite B						
Bilan VIH/SIDA	Connu			Inconnu		

4. EXAMEN MÉDICAL

Apparence (vêtements, cheveux, handicap physique ou mental évident)		
État mental (calme, nerveux, anxieux, coopératif, déprimé, autre)		
Poids :	Taille :	Stade de puberté (prépubère, pubère, mature) :
Fréquence cardiaque :	Pression artérielle :	Fréquence respiratoire : Température :
Observations physiques Décrire systématiquement et dessiner sur les schémas anatomiques ci-joints l'emplacement exact de toutes les blessures, contusions, pétéchies, marques, etc. Noter le type, la couleur, la forme et les autres détails. Les observations doivent être purement descriptives, sans interprétation.		
Tête et visage		Bouche et nez
Yeux et oreilles		Cou
Poitrine		Dos
Abdomen		Fesses
Bras et mains		Jambes et pieds

5. EXAMEN GÉNITAL ET ANAL

Vulve/scrotum	Vestibule et hymen	Anus
Vagin/pénis	Col de l'utérus	Examen bimanuel/recto-vaginal
Position du patient (décubitus dorsal/ventral, genoux contre la poitrine, sur le côté, sur les genoux de la mère)		
Pour examen génital :		Pour examen anal :

6. ANALYSES RÉALISÉES

Type et lieu	Examiné/envoyé au laboratoire	Résultat

7. PREUVES COLLECTÉES

Type et lieu	Envoyé à... / conservé	Recueilli par... / date

8. TRAITEMENTS PRESCRITS

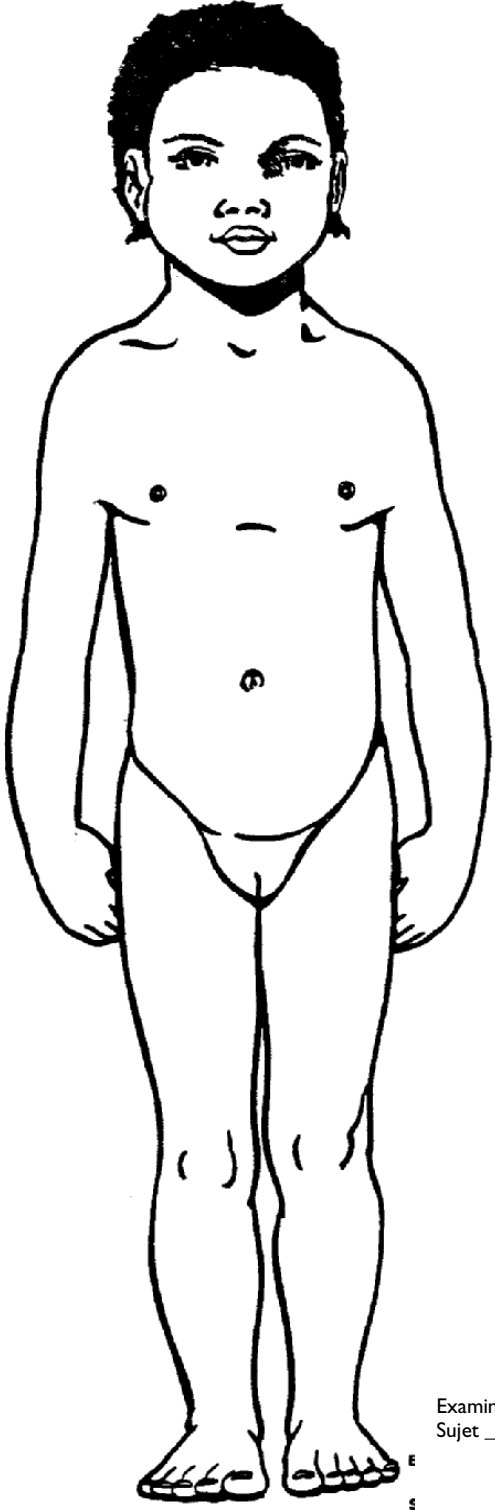
Traitement	Oui	Non	Type et commentaires
Prévention/traitement d'ITS			
Contraception d'urgence			
Traitement de blessures			
Prophylaxie anti-tétanos			
Vaccination contre l'hépatite B			
Prophylaxie post-exposition anti-VIH			
Autres			

9. COUNSELING, ORIENTATIONS, SUIVI

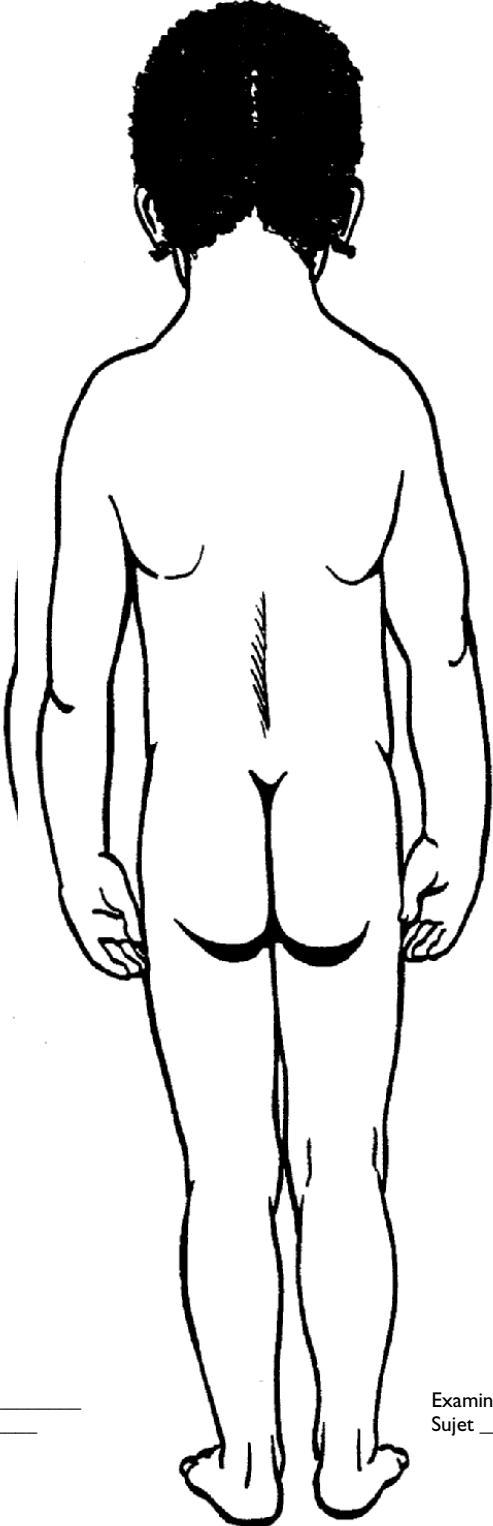
État psychologique général	
La victime compte porter plainte à la police OU l'a déjà fait <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
La victime a un lieu où dormir <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Quelqu'un se charge de l'accompagner <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Séance de counseling :	
Orientation vers d'autres prestataires	
Suivi nécessaire	
Date recommandée pour la prochaine visite	

Nom du professionnel de la santé ayant réalisé l'examen/entrevue : _____

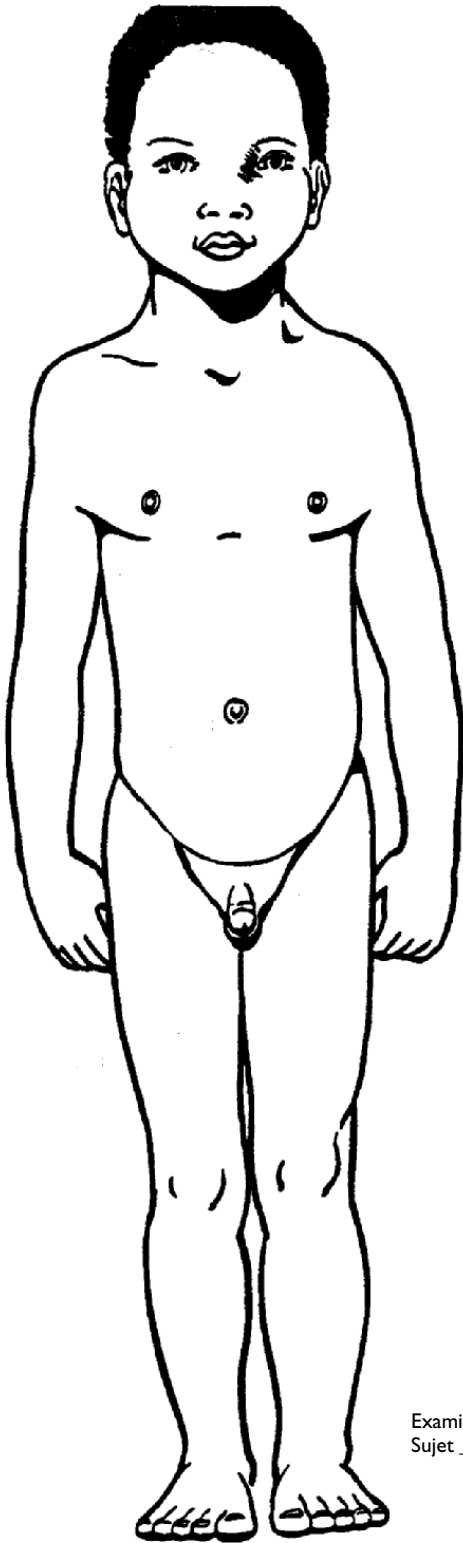
CARTES ANATOMIQUES



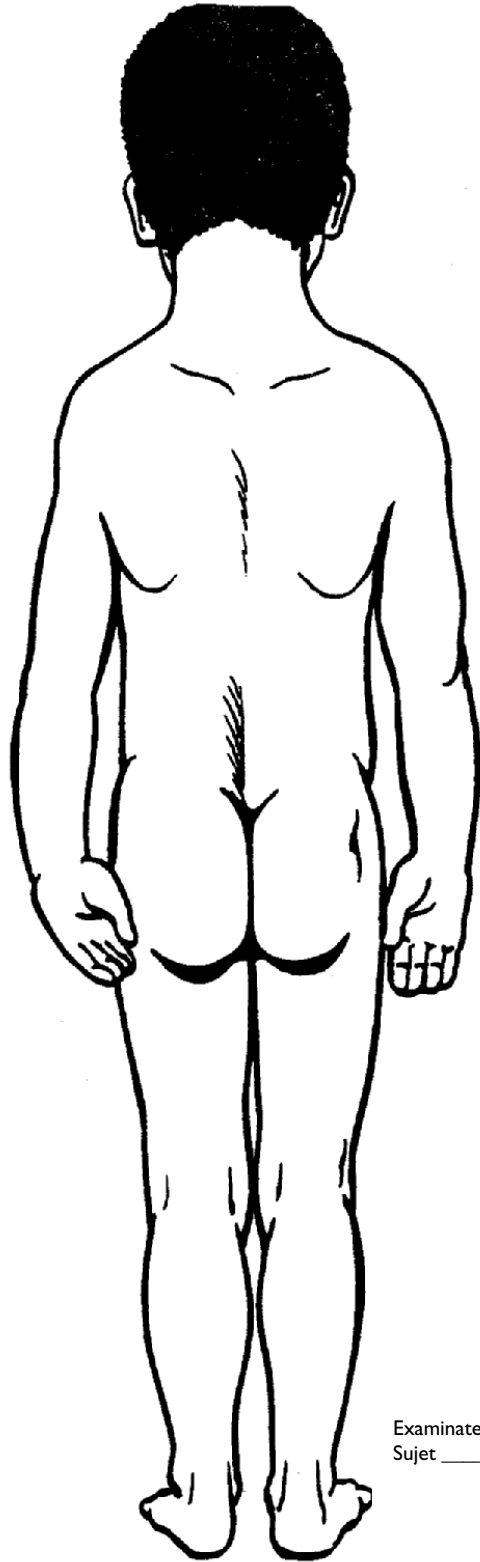
Examineur _____
Sujet _____



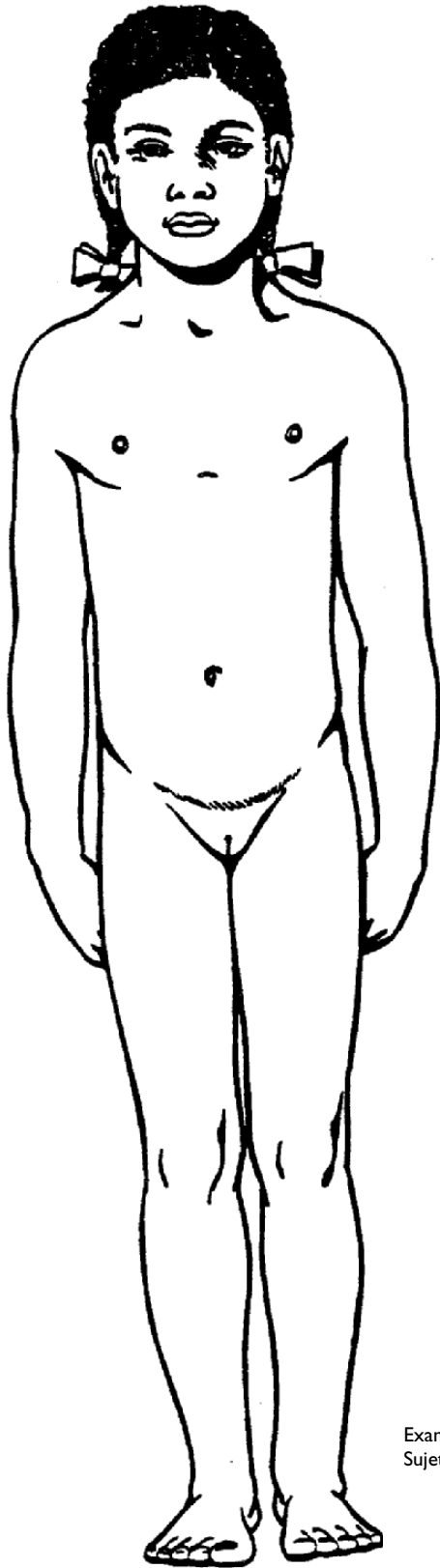
Examineur _____
Sujet _____



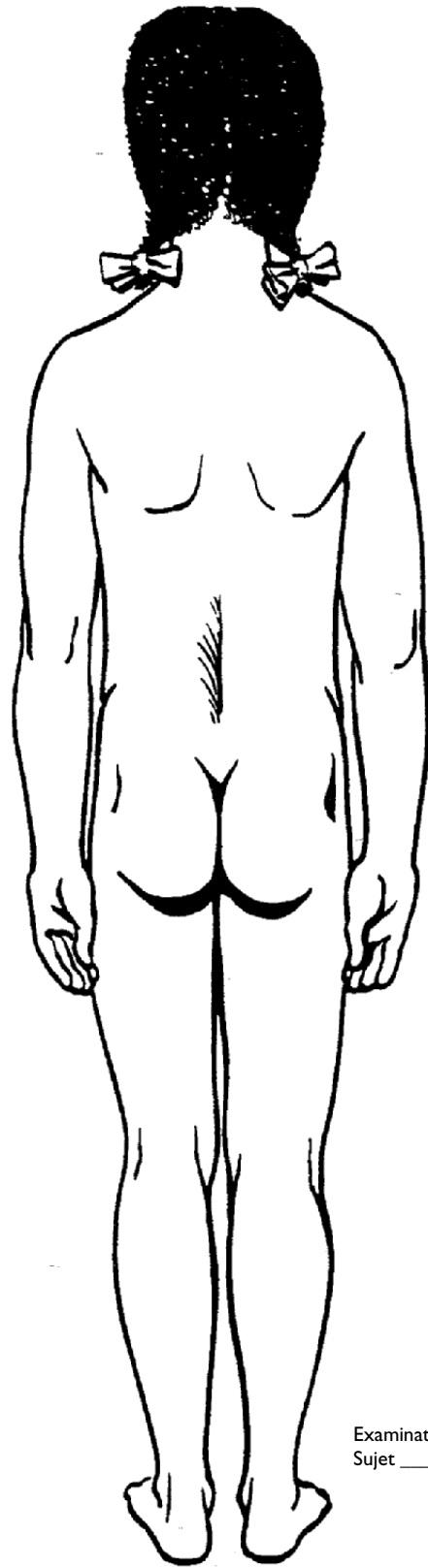
Examineur _____
Sujet _____



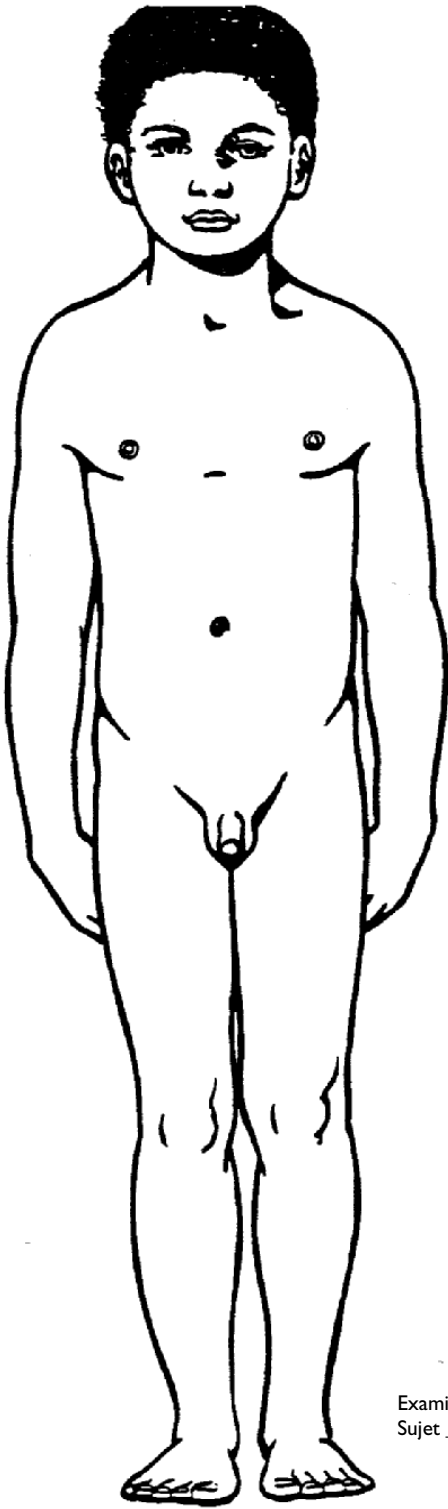
Examineur _____
Sujet _____



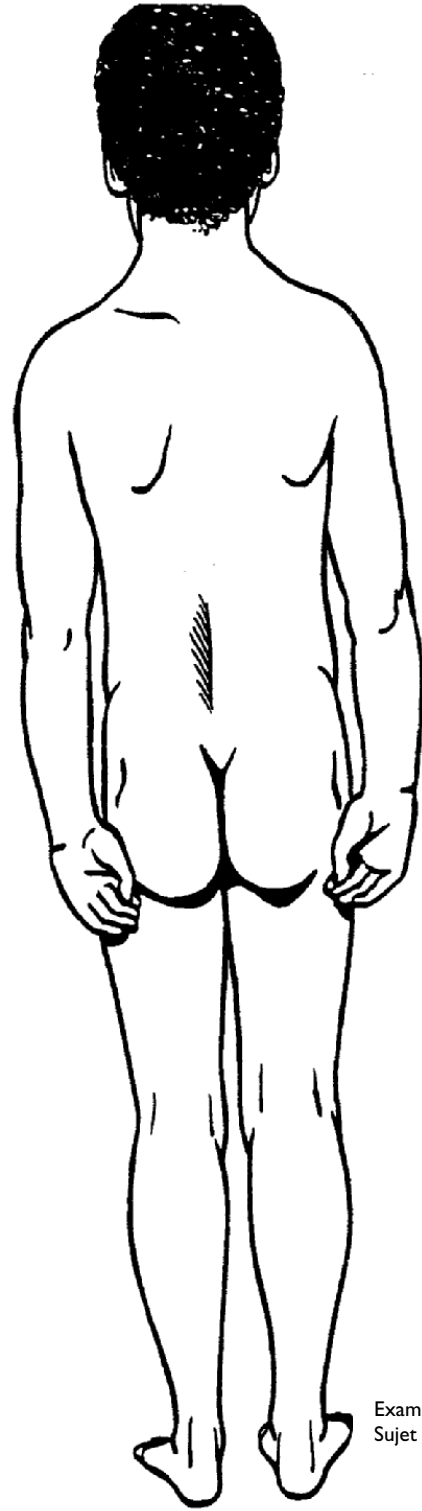
Examineur _____
Sujet _____



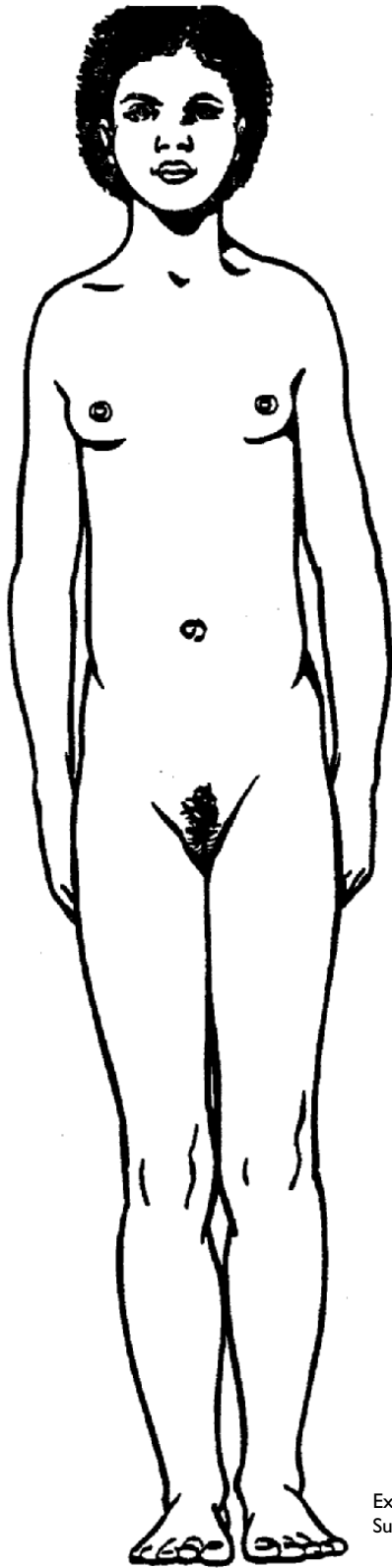
Examineur _____
Sujet _____



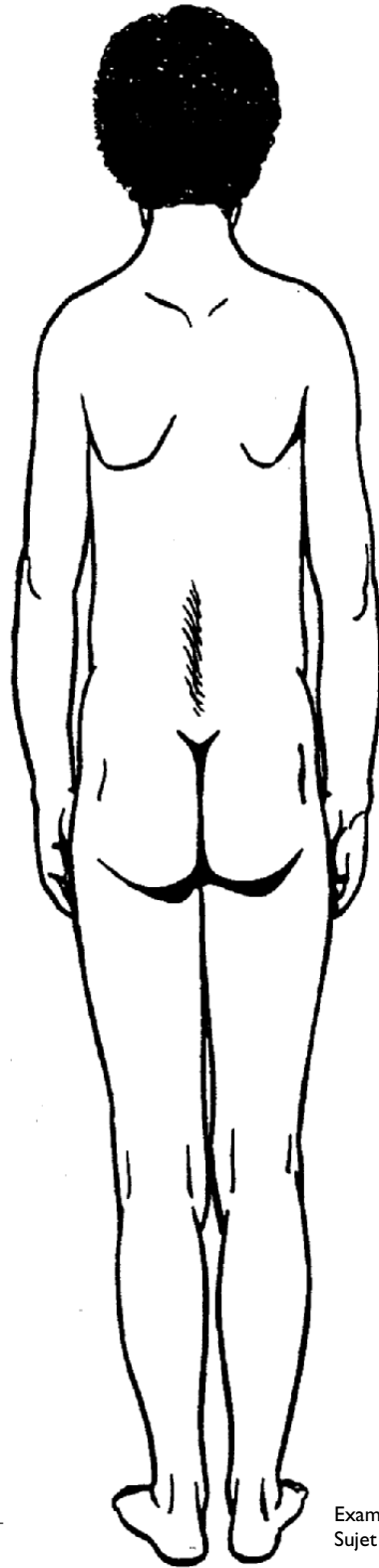
Examineur _____
Sujet _____



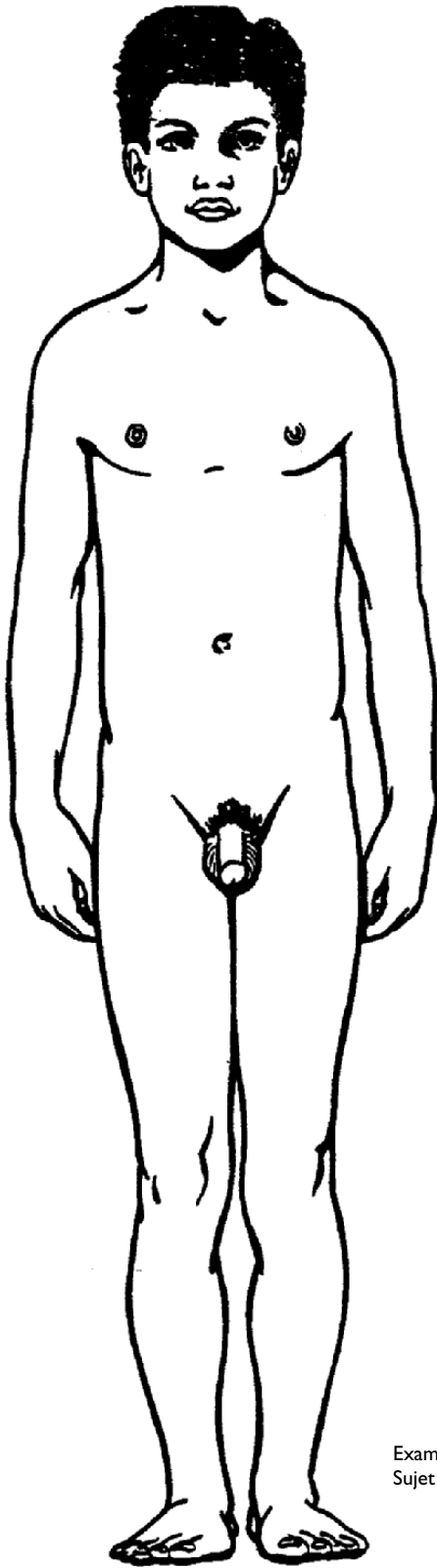
Examineur _____
Sujet _____



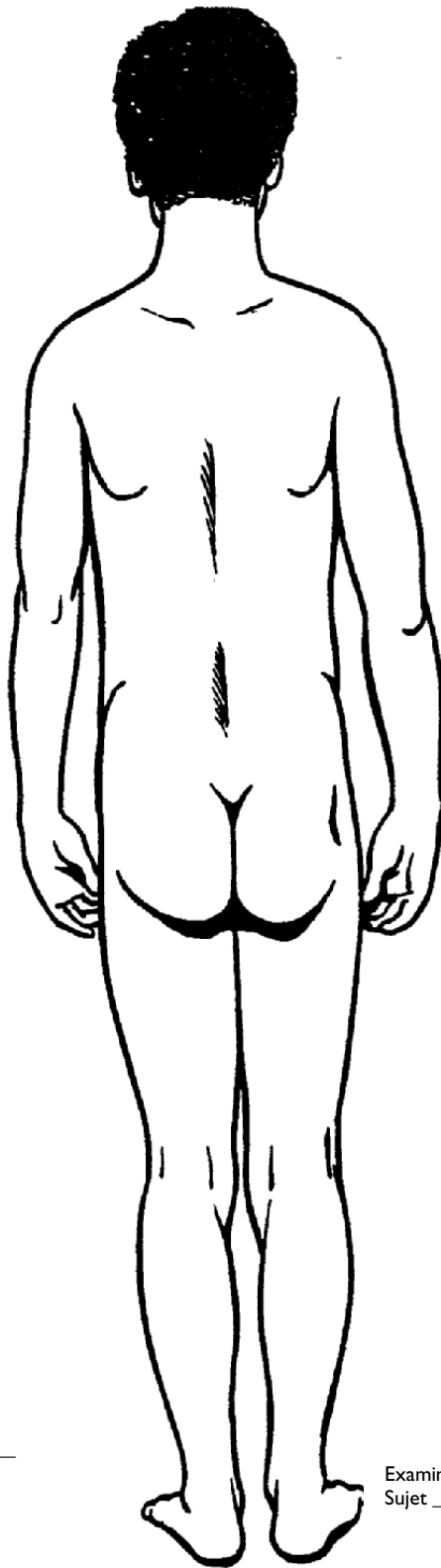
Examineur _____
Sujet _____



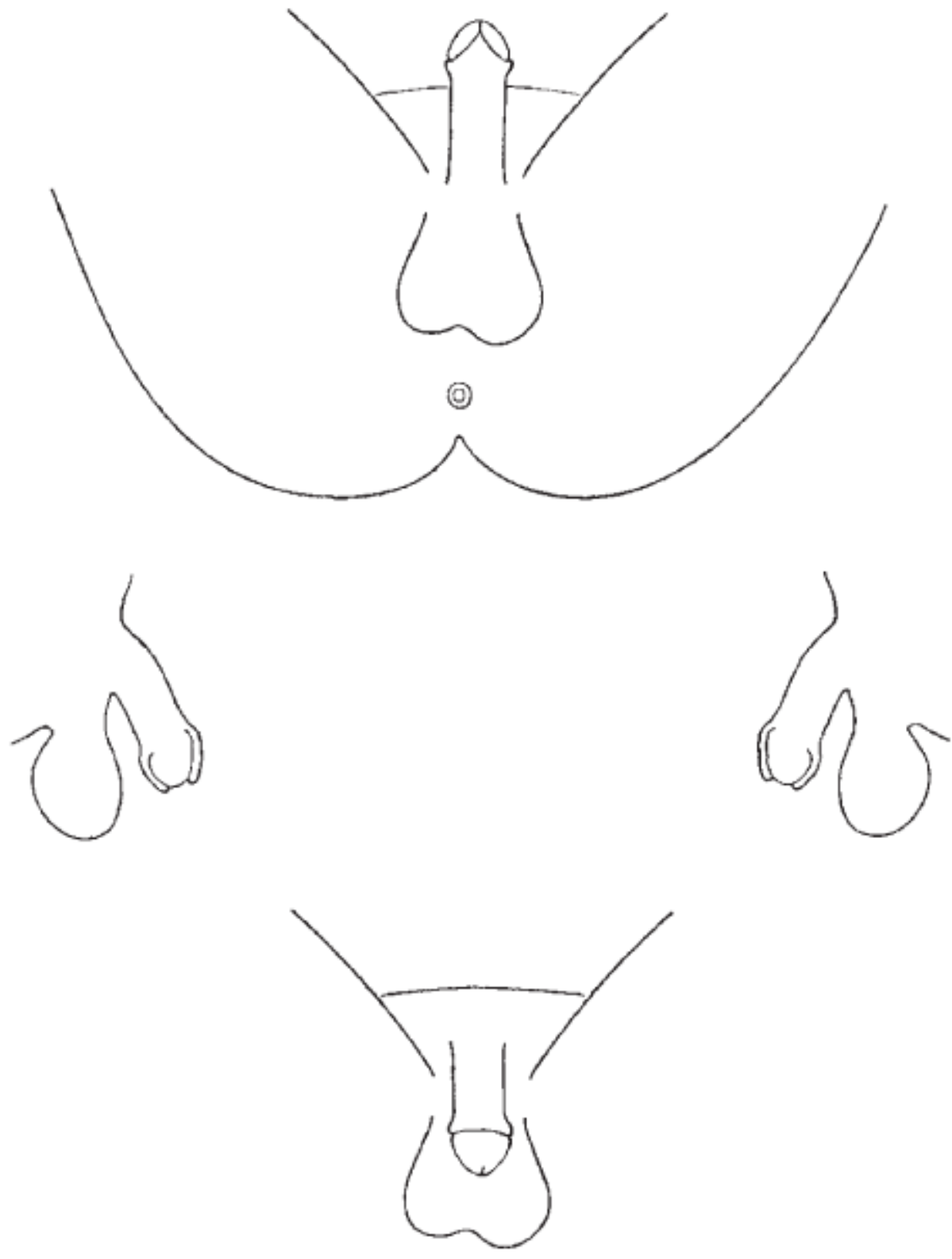
Examineur _____
Sujet _____

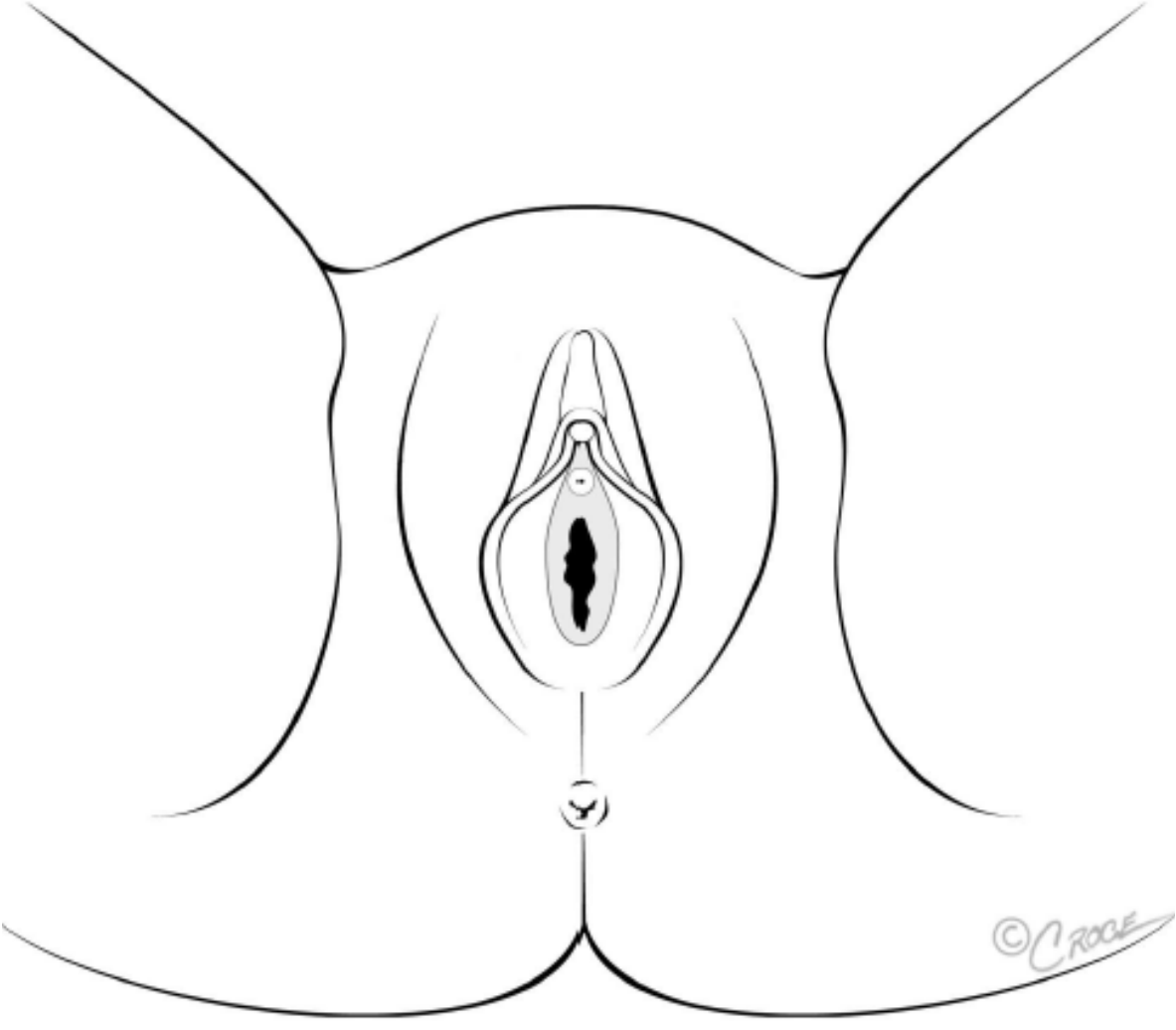


Examineur _____
Sujet _____



Examineur _____
Sujet _____





ANNEXE II

LISTE DE CONTRÔLE DE L'INFIRMIÈRE

TRIAGE

COLLECTE D'INFORMATIONS DE RECONSTITUTION DES FAITS

- | Informations médico-légales
 - Évaluation du niveau de développement
 - Ne pas interroger les enfants de moins de 5 ans
 - Posez des questions ouvertes (ne se répondant pas par oui ou non)
 - § « Raconte-moi ce qui s'est passé »
 - § NE PAS forcer un enfant à parler
 - Tentez de parler avec le patient et l'adulte accompagnateur séparément, dans un lieu privé
 - Dans la mesure du possible, transcrivez le récit du patient (ou de l'adulte accompagnateur) avec les mots exacts utilisés (citations entre guillemets)
 - Demandez d'autres informations importantes
 - § Quand le viol a-t-il eu lieu ?
 - § Combien de fois avez-vous été violé(e) ?
 - § Type de pénétration
 - § Condom utilisé ? (etc.)
 - Informations médicales
 - § Douleurs, saignements, blessures ?
 - § Dernières règles
 - § Dernière relation sexuelle
 - § Méthode de contrôle des naissances
 - § Autres informations médicales ou de diagnostic

CONSIDÉRATIONS AVANT LE RETOUR À DOMICILE

- | Revue des résultats d'examen
 - Présence / absence de blessures (signification)
 - Ce qu'un examen peut et ne peut pas révéler
 - § Peut révéler la présence d'infection ou de blessures
 - § Ne peut pas révéler s'il y a eu pénétration ni par quoi
 - § Ne peut vérifier la perte/conservation de virginité
 - Signes et symptômes nécessitant un retour à la clinique
 - Médicaments
- | Organisation de la sécurité de l'enfant
 - Où l'enfant ira-t-il à sa sortie ?
 - Qui se chargera de protéger l'enfant ?

***NE PAS OUBLIER LA COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE**

- | « Tu n'as rien à te reprocher. »
- | « Je te crois. »
- | Expliquez comment se déroulera l'examen
- | Offrez au patient des choix durant l'examen
- | Offrez au patient soutien et encouragements tout au long de l'examen !

(Lechner et Nash 2012)

ANNEXE 12

LISTE DE CONTRÔLE DU MÉDECIN

COLLECTE D'INFORMATIONS DE RECONSTITUTION DES FAITS

(CE TRAVAIL PEUT-ETRE DEJA FAIT PAR L'INFIRMIERE)

- | Informations médico-légales
 - Évaluation du niveau de développement
 - Ne pas interroger les enfants de moins de 5 ans
 - Poser des questions ouvertes (ne se répondant pas par oui ou non)
 - § « Raconte-moi ce qui s'est passé »
 - § NE PAS forcer un enfant à parler
 - § Consultez le tableau sur les détails du viol
 - Ne reposez pas des questions dont les réponses ont déjà été notées
 - Évitez les questions pouvant sous-entendre un blâme
 - « Que faisiez-vous seul(e) à cet endroit ? »
 - Tenter de parler avec le patient et l'adulte accompagnateur séparément, dans un lieu privé
 - Dans la mesure du possible, transcrire le récit du patient (ou de l'adulte accompagnateur) avec les mots exacts utilisés (citations entre guillemets)
 - Demandez d'autres informations importantes
 - § Quand et où le viol a-t-il eu lieu ?
 - § Combien de fois avez-vous été violé(e) ?
 - § Type de pénétration
 - § Condom utilisé ?
 - § L'agresseur est-il une personne connue ou un étranger ?
 - § Le bilan VIH de l'agresseur est-il connu ?

INFORMATIONS MÉDICALES

- | Douleurs, saignements, pertes, blessures ?
- | Dernières règles
- | Dernière relation sexuelle
- | Méthode de contraception
- | Grossesses/accouchements
- | Autres informations médicales ou de diagnostic
- | Situation familiale et sociale

EXAMEN MÉDICO-LÉGAL

- | Examen physique complet
 - Évaluation globale de santé
 - Évaluation des blessures à la surface du corps
 - Évaluation du niveau de maturité (stades de Tanner)
 - Il est possible que cet examen physique soit le premier de ce patient depuis très longtemps
- | Évaluation génitale
 - Positions
 - Position « genoux écartés »
 - Position « genoux contre la poitrine » (décubitus dorsal et ventral)
 - Séparation et traction de la lèvre
 - Permet de visualiser complètement les bords de l'hymen, la fosse naviculaire et la fourchette postérieure
 - Évaluation de l'hymen
 - Oestrogénisé
 - Apparaît chez les nourrissons (oestrogène conservé de la mère) jusqu'à environ 4 ans (peut varier)
 - Paraît plus épais, redondant
 - Non oestrogénisé
 - Apparaît chez les jeunes enfants (environ 4 ans) jusqu'au début de la puberté
 - Paraît plus mince, translucide
 - Douleur au toucher
 - NE JAMAIS insérer un doigt, un tampon ou un instrument
 - Oestrogénisé
 - Apparaît avec le début de la puberté
 - Paraît plus épais, redondant
 - Préparation de l'organisme pour la reproduction et l'accouchement
 - TOUS les hymens ont un orifice
 - Si l'hymen est complètement fermé, il s'agit d'un problème médical nécessitant une attention spéciale
 - Examen avec spéculum
 - Réalisé uniquement sur patientes ayant eu des menstruations
 - Évaluation du vagin et du col (recherche de blessure/infection)
 - Évaluation anale
 - Évaluation de tous les patients (recherche de blessure/infection)

CONSIDÉRATIONS MÉDICAMENTEUSES

- | Prophylaxie anti-ITS
 - Considérer pour tous les patients violés moins de 4 semaines avant l'examen
 - ↳ Même si la relation était jugée consensuelle
- | Prophylaxie post-exposition anti-VIH
 - Considérer pour tous les patients violés moins de 72 heures avant l'examen (avec résultat de test négatif)
 - Il n'est pas nécessaire qu'une blessure soit observée
 - Il n'est pas nécessaire qu'une preuve de viol soit obtenue
- | Prophylaxie de grossesse
 - Considérer pour toutes les patientes pubères violés moins de 120 heures avant l'examen
 - Un test de grossesse doit être réalisé sur toutes les patientes pubères
- | Immunisations
 - Discuter de la situation avec le patient et les adultes accompagnateurs
 - Considérer le risque de tétanos s'il y a blessure !

CONSIDÉRATIONS AVANT DECHARGE

- | Revue des résultats d'examen
 - Présence / absence de blessures (signification)
 - Ce qu'un examen peut et ne peut pas révéler
 - ↳ Peut révéler la présence d'infection ou de blessures
 - ↳ Ne peut pas révéler s'il y a eu pénétration ni par quoi
 - ↳ Ne peut vérifier la perte/conservation de virginité
 - Signes et symptômes nécessitant un retour à la clinique
 - Médicaments
- | Organisation de la sécurité de l'enfant
 - Où l'enfant ira-t-il à sa sortie ?
 - Qui se chargera de protéger l'enfant ?

***NE PAS OUBLIER LA COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE**

- | « Tu n'as rien à te reprocher. »
- | « Je te crois. »
- | Expliquez comment se déroulera l'examen
- | Offrez au patient des choix durant l'examen
- | Offrez au patient soutien et encouragements tout au long de l'examen !

(Lechner et Nash 2012)

ANNEXE 13

LISTE DE CONTRÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL

LA COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE EST TRÈS IMPORTANTE

- | Discussion sur les circonstances du viol
 - Évaluation du niveau de développement
 - Ne pas interroger des enfants de moins de 5 ans sur un viol
 - Laissez le patient diriger la conversation (s'il désire en parler)
 - Demandez au patient s'il désire en parler. Si oui...
 - Posez des questions ouvertes (ne se répondant pas par oui ou non)
 - « Raconte-moi ce qui s'est passé »
 - Laissez le patient raconter les faits à sa manière
 - NE FORCEZ JAMAIS un enfant à parler
 - Consultez le tableau sur les détails du viol
 - Ne reposez pas des questions dont les réponses ont déjà été notées
 - Évitez les questions pouvant sous-entendre un blâme
 - « Que faisiez-vous seul(e) à cet endroit ? »
 - Au début, tentez de parler avec le patient et l'adulte accompagnateur séparément, dans un lieu privé
 - Parlez ensemble au patient et à l'adulte accompagnateur si les deux le désirent
 - Encouragez et soutenez le patient et l'adulte accompagnateur
 - « Je vous crois. »
 - « Je vous admire de vous exprimer sur ces faits. »
 - « Rien n'est de votre faute. »
 - « Vous avez fait ce qu'il y avait de mieux à faire pour vous en sortir. »
 - « Vous n'avez rien à vous reprocher. »
 - « Personne ne mérite d'être violé(e). »

CONSIDÉRATIONS AVANT LE RETOUR À DOMICILE ET ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ

- | Discutez des symptômes post-traumatiques possibles
 - Sentiments de culpabilité et de honte
 - Émotions incontrôlées (peur, colère, anxiété)
 - Cauchemars

- Idées/tentatives de suicide
 - Hébétude, léthargie
 - Abus de substances nocives
 - Troubles sexuels
 - Symptômes somatiques médicalement inexplicables
 - Isolement social
- | Où ira le patient à sa sortie de la clinique ?
- Est-ce que l'agresseur habite dans le même domicile ?
 - Est-il possible de faire sortir l'agresseur du domicile ?
 - Existe-t-il un autre lieu où l'enfant pourrait habiter ?
 - Qui se chargera de protéger l'enfant ?
 - Que faire si l'enfant se sent menacé ou si les agressions se reproduisent

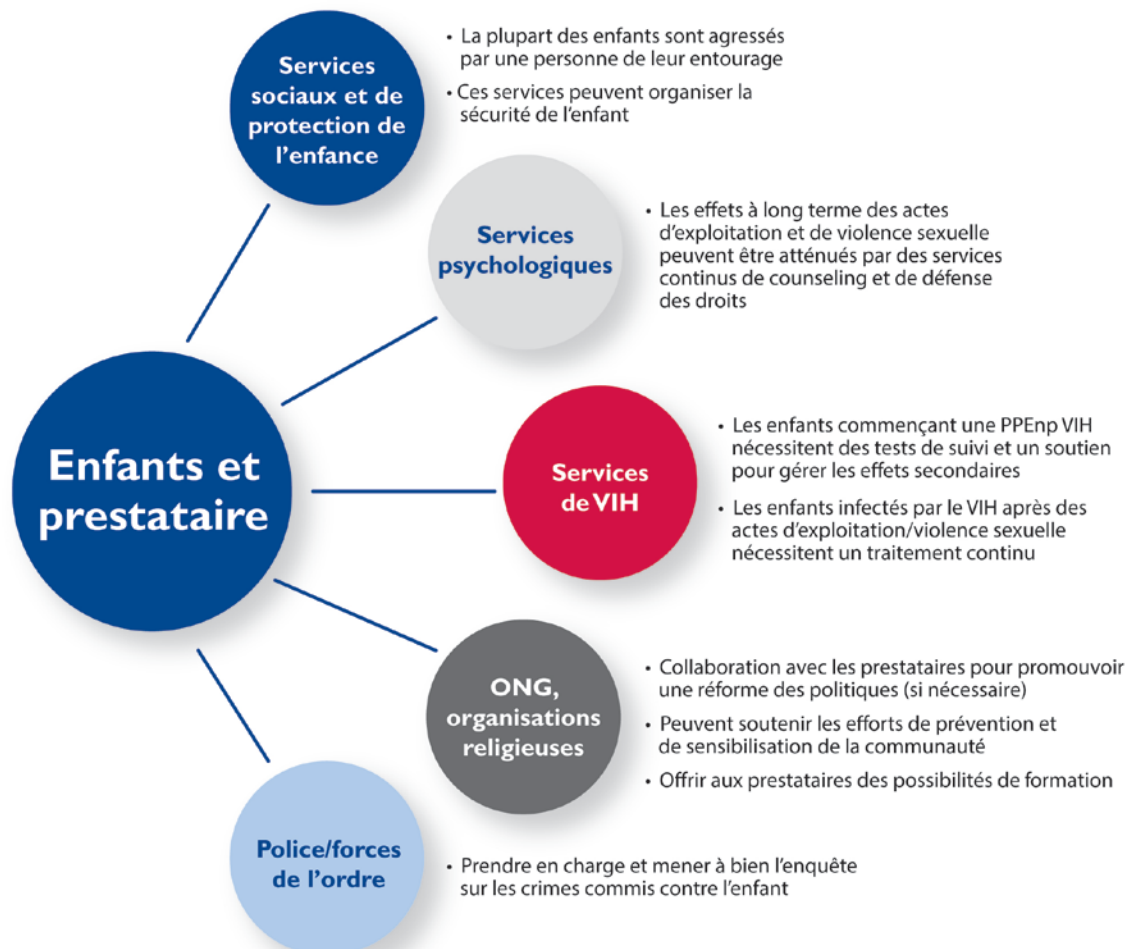
(Lechner et Nash 2012)

ANNEXE 14

FICHE SUR LE RÔLE DU PRESTATAIRE CONCERNANT LES LIENS AVEC LES RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ

Les prestataires de soins travaillant avec des enfants exploités et ayant subi des violences sexuelles doivent être préparés à faire intervenir les services appropriés de santé et de la communauté afin d'offrir aux enfants la meilleure chance possible de récupération et de réintégration, ainsi que pour offrir un soutien de suivi aux parents/familles. La figure ci-dessous illustre des liens de la communauté que le prestataire peut apporter aux enfants, aux adolescents et à leurs parents/famille, en prenant soin de leur expliquer l'utilité de chaque lien.

Cette illustration décrit les communications d'orientation et de suivi des enfants/familles entre les services médicaux et les ressources communautaires. *Ces informations peuvent aussi être utiles aux gestionnaires/directeurs de clinique.



ANNEXE 15

PRATIQUES PROMETTEUSES

MODÈLE 1 : CENTRES DE SERVICES COMPLETS

L'idée des « centres de services complets » est de réunir au même endroit les intervenants de plusieurs disciplines afin d'y offrir tous les services essentiels liés à la violence sexuelle. Outre les services cliniques, les centres de services complets ont généralement un officier de police sur place ou disponible sur appel pour ouvrir des dossiers et/ou prendre les dépositions sur place, ainsi qu'un travailleur social, un/une infirmier/ère et/ou un conseiller bénévole pour offrir des conseils de crise et un soutien psychologique, de même qu'idéalement une personne chargée de faire le lien avec le procureur et de suivre les cas devant la justice. Les centres de services complets offrent ou orientent les clients vers divers services complémentaires comme le counseling psychologique, l'hébergement d'urgence et les services médicaux de suivi. Ce modèle est généralement situé à l'intérieur d'un hôpital ou d'un centre médical, même s'il existe de tels centres fonctionnant de manière autonome ou au cœur des communautés.

En Zambie, l'hôpital général Livingstone a ouvert en 2008 un centre correspondant à ce modèle, situé à l'intérieur du Centre d'excellence pédiatrique Livingstone. L'avantage de ce modèle de services complets est qu'il permet d'offrir des services plus efficaces et mieux coordonnés, ainsi qu'une gamme complète de services et de soins.²²

Par contre, ces centres requièrent généralement plus d'espace et de ressources pour fonctionner, y compris du personnel spécialisé et un directeur de site ou un coordinateur de services. En outre, la rentabilité des coûts et la viabilité à long terme de ces centres sont souvent problématiques, particulièrement dans les régions rurales où les clients sont généralement moins nombreux.

MODÈLE 2 : CENTRES DE JUSTICE FAMILIALE

Les « centres de justice familiale » offrent également des services complets où des intervenants de plusieurs disciplines partagent un même lieu et offrent tous les services essentiels aux enfants ayant subi des violences sexuelles, mais en plus d'offrir des services médicaux, ces centres peuvent avoir un enquêteur de police sur place, un intervieweur médico-légal, un conseiller psychologique et un soutien social. Souvent, ce type de centre est connecté à des ressources disponibles dans la communauté, lorsque des services d'hébergement ou de counseling à long terme sont nécessaires. Ce type de centre peut être situé à l'intérieur d'un hôpital ou d'une clinique médicale, ou fonctionner de manière autonome au cœur de la communauté.²³

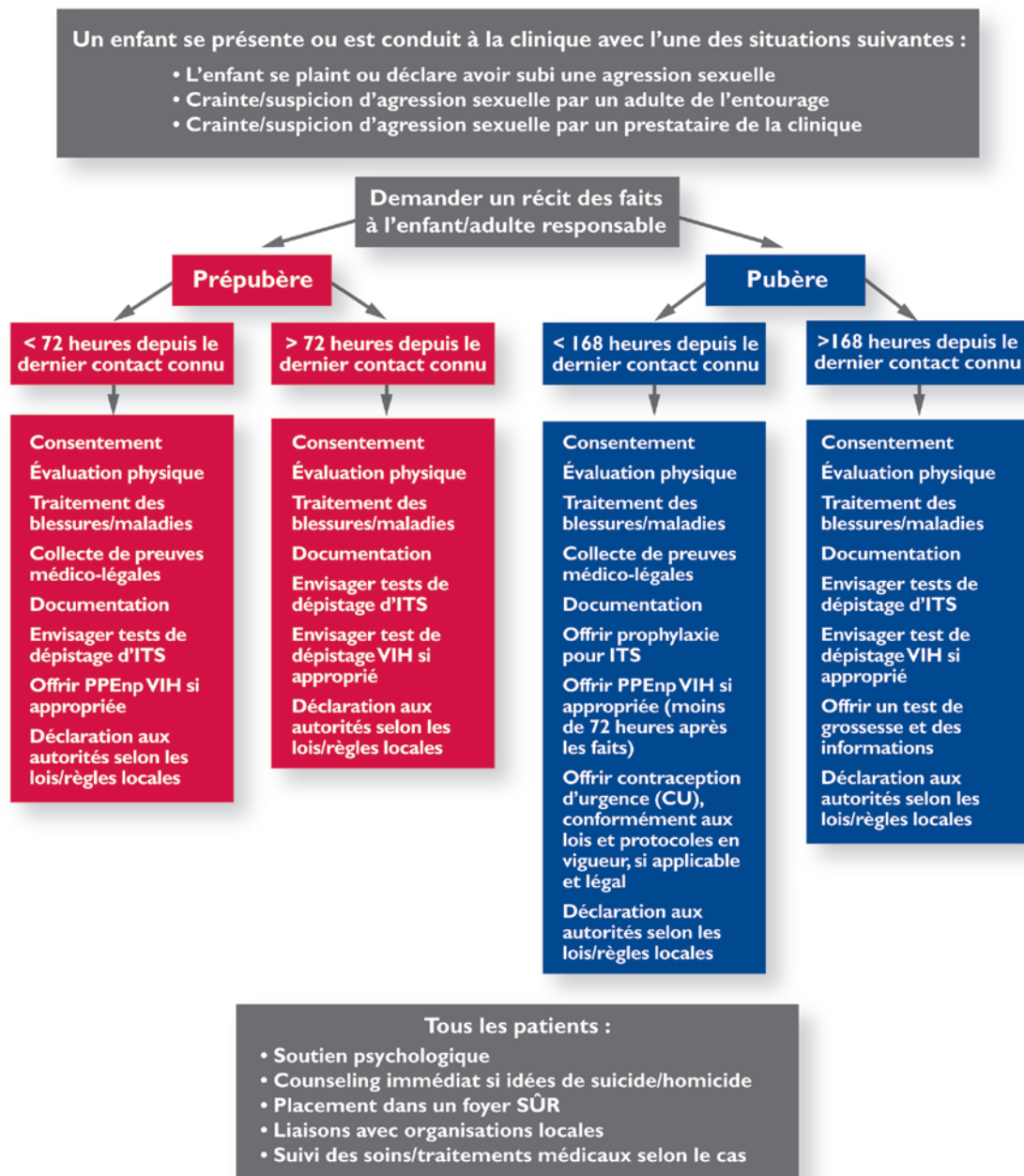
²² AIDSTAR One. <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/PRC%20Panel%20Presentation.pdf>

²³ Family Justice Center Alliance. <http://www.familyjusticecenter.org/>

ANNEXE 16

ALGORITHME DE SOINS

L'algorithme ci-dessous illustre le processus typique et les considérations de soins s'appliquant aux cas suspects d'exploitation ou de violence sexuelle.



Pour de plus amples informations, allez sur aidstar-one.com.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Téléphone : 703-528-7474

Télécopieur : 703-528-7480

Courriel : info@aidstar-one.com

Internet : aidstar-one.com