

## AGRESSIONS SEXUELLES CHEZ LES ADOLESCENTS D'ÂGE POSTPUBERTAIRE ET CHEZ LES ADULTES

Auteur: **Ameeta E. Singh**, BMBS, MSc, FRCPC, Infectious Diseases Medical  
Consultant, Alberta Health and Wellness

Co-Auteur: **Sarah Forgie**, MD FRCPC Assistant Professor, Pediatrics, Division of  
Infectious Diseases, University of Alberta, Associate Director, Infection Control, Stollery  
Children's Hospital and University of Alberta Hospital

### Définition

La définition d'une agression sexuelle est variable mais elle englobe tous les actes non consentuels, qui vont de l'attouchement à la pénétration. Aux fins des présentes lignes directrices et pour ce qui relève de la transmission potentielle d'infections transmises sexuellement (ITS), cette définition englobera la pénétration complète ou partielle d'un pénis dans la bouche, l'anus ou le vagin; il est à noter par ailleurs que le contact de la bouche avec les organes génitaux externes ou avec l'anus est susceptible d'entraîner la transmission d'infections à virus *herpes simplex* (VHS).

### Épidémiologie

Les femmes comme les hommes de tous âges peuvent être victimes d'une agression sexuelle. L'incidence varie en fonction de l'emplacement géographique et semble, selon certaines études, présenter une distribution saisonnière, les pics survenant au cours de l'été<sup>1,2</sup>. Dans la majorité des agressions, les victimes sont de jeunes femmes, bien que 5 à 6 % des agressions soient signalées chez des hommes<sup>3</sup>. Les agressions commises par des connaissances surviennent, selon certaines estimations, à tout le moins aussi fréquemment que celles commises par des étrangers et elles seraient par ailleurs signalées moins souvent<sup>4</sup>.

Les données canadiennes montrent que 16 % des femmes (1,7 million) ont été victimes, à l'âge de 16 ans, d'au moins un incident d'agression sexuelle ou physique commis par une connaissance ou par un petit ami, et que 24 % des femmes âgées de 18 à 24 ans ont été victimes d'une agression physique/sexuelle commise par une connaissance ou par un petit ami<sup>5</sup>. Selon les statistiques canadiennes de criminalité, la violence des hommes à l'encontre des femmes constituait la forme de violence la plus fréquente mais celle qui était la moins susceptible de mettre en cause un étranger<sup>6</sup>. Dans 76,8 % des cas signalés, les femmes connaissaient leur assaillant. Dans 28,9 % des rapports, elles étaient agressées par leur conjoint/ex-conjoint.

La gonorrhée, *Chlamydia* et *Trichomonas* sont les infections les plus fréquemment rapportées chez des femmes ayant des antécédents d'agressions sexuelles<sup>7-9</sup>. L'âge auquel les agressions sexuelles sont les plus fréquentes est le même que celui auquel de nombreuses ITS le sont également, la présence de ces dernières ne signifie donc pas nécessairement que la transmission a eu lieu lors de l'agression<sup>8</sup>.

## **Prévention**

La plupart des agressions sexuelles ne peuvent pas être prévenues, mais il est primordial de prendre connaissance des situations pouvant être propices à une agression sexuelle et d'adopter des mesures préventives. Ces dernières consistent à prendre des mesures de sécurité à la maison ou en voiture et à éviter les situations dans lesquelles un agresseur peut avoir recours à l'alcool ou à des drogues pour altérer la capacité de la victime à résister à l'agression.

## **Évaluation**

Les victimes peuvent être réticentes à signaler l'agression sexuelle qu'elles ont subie pour différentes raisons, notamment la crainte de s'engager dans le système criminel; la crainte de ne pas être crues ou de faire l'objet d'une vengeance; le sentiment de culpabilité ou de honte; ou le désir d'oublier l'évènement. Malgré cette réticence, ces victimes peuvent solliciter des soins médicaux si elles craignent d'être enceintes, de présenter des ITS ou des blessures<sup>10</sup>. De plus, elles peuvent présenter un syndrome de stress post-traumatique, des symptômes dépressifs, un abus d'alcool ou d'autres substances psychoactives, ou encore de l'automutilation<sup>11</sup>.

Pour évaluer et faire le suivi des victimes d'agression sexuelle, il faut faire preuve de beaucoup de sensibilité et faire appel au concours d'équipes ou de services locaux ayant une certaine expérience dans la prise en charge de victimes d'agression sexuelle.

### *Documentation*

Une documentation claire et complète des antécédents, des résultats de l'examen physique et des prélèvements doit être effectuée.

### *Antécédents*

L'interrogatoire devrait porter sur la date, l'endroit et l'heure de l'agression ou des agressions; ce qu'on sait du ou des agresseurs présumé(s) (p. ex., relation avec la victime, usage connu de drogues injectables, etc.); l'orifice ou les orifices ayant été pénétrés et l'usage de condoms; les antécédents sexuels avant et après l'agression; les antécédents médicaux (p. ex., antécédents gynécologiques, menstruels et utilisation antérieure de contraceptifs); les médicaments actuellement pris; les antécédents vaccinaux; si une douche ou un bain a été pris après l'agression; si les vêtements ont été changés; et les réseaux de soutien à la disposition du ou de la patiente. L'entrevue étendue concernant les détails de l'agression doit être menée par les autorités policières, car elle peut compromettre l'entrevue médico-légale.

### *Examen physique*

Les blessures nécessitant une prise en charge immédiate doivent avoir préséance sur tout autre examen. Idéalement, on devrait demander au (à la) patient(e) de se déshabiller complètement et de se tenir debout sur un drap ouvert dans le cas où des échantillons médico-légaux doivent être prélevés (afin de recueillir des éléments de preuve qui pourraient tomber). Tous les vêtements portés pendant l'agression doivent être collectés dans des sacs en plastique séparés et identifiés. Le (la) patient(e) doit porter une blouse pour permettre un examen complet des ecchymoses et autres blessures. Toutes les



blessures (incluant celles visibles lors de l'examen des organes génitaux) doivent être documentées avec précision sur des diagrammes du corps humain. Il est important de rechercher des hémorragies pétéchiales sur le palais en cas d'allégation de pénétration buccale forcée. Les colposcopies et les photographies, qui n'apportent que rarement des informations utiles, peuvent occasionner une souffrance inutile<sup>7,12</sup>.

### **Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire**

La décision d'obtenir des échantillons provenant des organes génitaux et autres pour pouvoir diagnostiquer des ITS ou des pathogènes à diffusion hématogène devrait se faire au cas par cas. Il est fortement recommandé d'effectuer, dès que possible, ces tests diagnostiques initiaux étant donné qu'ils favorisent la prise en charge médicale optimale de la victime. Cependant, il peut être approprié d'informer la personne que les résultats de tout test visant à diagnostiquer une ITS figureront dans le dossier médical, lequel peut, dans le cas d'une agression sexuelle, être produit à titre de preuve dans le cadre de procédures judiciaires.

Dans la mesure du possible, le dépistage initial des ITS fréquentes devrait être effectué en raison de l'incidence significative d'ITS préexistantes chez les femmes victimes d'une agression sexuelle, et de l'incidence plus faible mais significative d'acquisitions d'ITS à la suite d'un viol. Les tests initiaux facilitent également les tests de suivi à recommander (p. ex., tests de contrôle confirmant l'efficacité du traitement chez les femmes enceintes) si une ITS est diagnostiquée. Lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer des tests de dépistage pour toutes les ITS, un examen minimal devra inclure le dépistage de *Neisseria gonorrhœa* et de *Chlamydia trachomatis*.

Les femmes, incluant les adolescentes postpubertaires devraient, dans la mesure du possible, faire l'objet d'un examen au spéculum. S'il n'est pas possible de faire l'examen au spéculum, il est conseillé de faire des prélèvements à l'aveugle d'échantillons vaginaux, ainsi que des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour les échantillons provenant de l'urètre ou de l'urine.

Le ou les agresseurs présumés devraient, dans la mesure du possible, aussi passer des tests de dépistage.

Tous les échantillons devant servir à la preuve médico-légale devraient être prélevés par des professionnels expérimentés conformément aux protocoles régionaux/locaux établis (consultez la section intitulée *Annexe F*). Il est à noter que la plupart des trousseaux d'analyse médico-légale ne contiennent pas de tests de dépistage des ITS ou des pathogènes à diffusion hématogène. Ces trousseaux sont utiles pour l'identification du sperme et autres liquides organiques, les analyses génétiques médico-légales, l'examen microscopique des poils, l'évaluation des dégâts observés sur le tissu des vêtements et les examens de fibres et autres éléments de preuve. Ces derniers pourront à leur tour être utilisés pour établir certaines associations entre la victime et l'agresseur, déterminer si un contact sexuel a eu lieu ou si l'agression a été violente ou commise avec force, indiquant ainsi l'absence de consentement. Tous les isolats et échantillons devraient être conservés au cas où des tests supplémentaires seraient requis ou que les tests doivent être répétés.

Tableau 1. Visite initiale : enfants/adolescents/adultes postpubertaires

Infection transmise sexuellement	Type d'échantillonnage recommandé
Gonorrhée (consultez le chapitre intitulé <i>Infections gonococciques</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloration de Gram (pour rechercher les diplocoques intracellulaires Gram-négatifs) si possible</li> <li>• Culture provenant de l'orifice (ou de tous les orifices) pénétré(s), partiellement ou entièrement, de même que de l'urètre pour les hommes et les femmes</li> <li>• Test diagnostique moléculaire, de préférence un TAAN, à partir d'échantillons de l'urètre (hommes), de l'endocol/urètre (femmes), d'urine (hommes et femmes), selon le cas. Ce test est généralement plus sensible qu'une culture génitale et conviendrait à des fins médico-légales s'il est confirmé par un deuxième ensemble d'amorces ou, dans certains cas, par un second test effectué par un autre laboratoire. Notons que le TAAN ne doit pas être effectué sur les échantillons pharyngés; il est par ailleurs conseillé de consulter les directives de son fabricant pour tester les échantillons rectaux.</li> <li>• Étant donné que les tests réalisés sur des cultures prélevées moins de 48 heures après l'exposition peuvent se révéler faussement négatifs, il faut refaire les tests une à deux semaines après l'exposition si un traitement prophylactique n'a pas été offert; il est possible de procéder à un TAAN post-exposition au moment de la présentation.</li> </ul>
<i>Chlamydia</i> (consultez le chapitre intitulé <i>Infections à Chlamydia</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les tests diagnostiques moléculaires, en particulier les TAAN, sont plus sensibles que les cultures et doivent être privilégiés dans la mesure du possible pour les échantillons d'urine (hommes et femmes), d'urètre (hommes) ou du col de l'utérus (femmes). Les tests d'urine peuvent être plus acceptables pour certaines personnes.</li> <li>• Les cultures sont privilégiées sur le plan médico-légal, mais les TAAN sont acceptables si les résultats positifs sont confirmés par un deuxième ensemble d'amorces ou, dans certains cas, par un second test effectué par un autre laboratoire. Les TAAN n'ont pas fait l'objet d'études approfondies dans le cas des échantillons provenant de la gorge ou du rectum.</li> <li>• S'ils sont disponibles, les deux tests (culture et TAAN) doivent être effectués.</li> <li>• Étant donné que les tests réalisés sur des cultures prélevées moins de 48 heures après l'exposition peuvent se révéler faussement négatifs, il faut refaire les tests une à deux semaines après l'exposition si un traitement prophylactique n'a pas été offert; il est possible de procéder à un TAAN post-exposition au moment de la présentation.</li> </ul>
Trichomonas	Dans la mesure du possible, effectuer une préparation à l'état frais ou une culture pour dépister <i>Trichomonas vaginalis</i> .
Syphilis (consultez le chapitre intitulé <i>Syphilis</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un test non tréponémique (ex. : RPR, VDRL) et un test tréponémique (ex. : TP-PA) devraient être effectués.</li> <li>• Les tests tréponémiques doivent être refaits 12 semaines puis 24 semaines après l'exposition. Dans certains cas (ex. : agresseur à risque élevé; consultez le chapitre intitulé <i>Syphilis</i>) et dans les régions d'écllosion de la syphilis, il conviendrait de refaire les tests deux à quatre semaines après l'agression.</li> </ul>
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le receveur est immunisé contre l'hépatite B (Ac anti-HBs <math>\geq</math> 10 UI/L ou AgHBs+), aucun test n'est requis.</li> <li>• Les titres initiaux d'AgHBs doivent être notés lorsque le statut d'immunisation contre l'hépatite B est inconnu.</li> </ul>
VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le test de dépistage des anticorps anti-VIH doit être réalisé au début.</li> <li>• Ce test doit être répété 6, 12 et 24 semaines après des expositions significatives.</li> </ul>
Hépatite C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le titre d'anticorps anti-VHC au départ est facultatif, car la transmission</li> </ul>



	<p>sexuelle du VHC est rare. Il faudrait envisager ce test si l'agresseur ou les agresseurs (présumés) présentent un risque élevé d'hépatite C (ex. : utilisateurs avérés de drogues injectables) et que des traumatismes importants ont été infligés pendant l'agression.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le test initial de dépistage du VHC est négatif, il faut refaire un test de dépistage des anticorps anti-VHC 12 et 24 semaines après des expositions significatives.</li> </ul>
--	--

Ac anti-HBs = anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B

AgHBs = antigène de surface de l'hépatite B

VHC = virus de l'hépatite C

TAAN = tests d'amplification de l'acide nucléique

RPR = test rapide de la réagine plasmatique

TP-PA = test d'agglutination de *Treponema pallidum*

VDRL = *Venereal Disease Research Laboratory*

## Prise en charge et traitement

### *Prise en considération de la prophylaxie*

- Proposez une prophylaxie si :
  - vous n'êtes pas certain que le (la) patient(e) reviendra pour son suivi;
  - on sait que l'agresseur est infecté par une ITS précise;
  - le (la) patient(e), son parent ou tuteur en fait la demande;
  - le (la) patient(e) présente des signes ou des symptômes d'ITS.
- De plus, il peut être souhaitable d'offrir systématiquement une prophylaxie dans les situations où une pénétration vaginale, orale ou anale a eu lieu, étant donné que la plupart des victimes d'agression sexuelle ne se présentent pas pour leur visite de suivi<sup>8,13,14</sup>.
- Il est à noter que l'efficacité de la prophylaxie antibiotique n'a pas fait l'objet d'études dans le cas d'agressions sexuelles; la prophylaxie devrait donc se faire en fonction des recommandations quant au traitement d'infections précises (pour de plus amples renseignements, consultez les chapitres portant sur l'infection concernée).

Tableau 2. Prophylaxie recommandée pour les infections urogénitales sans complication (*Pour connaître les autres options thérapeutiques et les infections non génitales, veuillez consulter les chapitres portant sur des infections précises.*)

Infection transmise sexuellement	Prophylaxie recommandée
Gonorrhée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultes sauf les femmes enceintes               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Céfixime à 400 mg, par voie orale, en une seule dose* [A-I] OU</li> <li>– Ciprofloxacine, 500 mg, par voie orale, dose unique<sup>‡</sup> (à moins qu'elle ne soit pas recommandée à cause d'une résistance aux quinolones) [A-I]</li> </ul> </li> <li>• Femmes enceintes d'âge adulte               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Céfixime, 400 mg, voie orale, dose unique</li> </ul> </li> </ul>
Chlamydia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultes sauf les femmes enceintes               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Azithromycine, 1 g, par voie orale, dose unique, si la fidélité au traitement n'est pas garantie [A-I] OU</li> <li>– Doxycycline, 100 mg, par voie orale, 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]</li> </ul> </li> <li>• Femmes enceintes d'âge adulte               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Amoxicilline, 500 mg, par voie orale, 3 f.p.j., pendant 7 jours [B-I] OU</li> <li>– Azithromycine, 1 g, par voie orale, dose unique, si la fidélité au traitement n'est pas garantie [B-I]</li> </ul> </li> </ul>
Trichomonas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter seulement si le test de dépistage de <i>Trichomonas</i> est positif.</li> <li>• Tous les adultes : métronidazole à 2 g, par voie orale, en une seule dose<sup>15</sup> [A-I]</li> </ul>

Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prophylaxie par l'azithromycine (contre <i>Chlamydia</i>) n'est plus jugée efficace contre la syphilis en incubation vu l'émergence récente des souches de syphilis résistantes à l'azithromycine. <i>La prophylaxie par d'autres agents serait à envisager s'il est peu probable que le patient revienne pour le suivi ou si la source présente probablement un risque élevé ou qu'elle provient d'une région d'éclosion de la syphilis infectieuse (consultez le chapitre intitulé Syphilis pour obtenir de plus amples renseignements).</i></li> <li>• Si le receveur présente par la suite des tests sérologiques réactifs de la syphilis, il doit être traité par l'agent recommandé contre la syphilis.</li> </ul>
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prophylaxie de l'hépatite B est à envisager dans tous les cas d'agression/séances sexuels impliquant des actes sexuels avec pénétration anale ou vaginale, ou des contacts bucco-anaux sans condom (ou si on ne sait pas si un condom a été porté), ou si la source n'est pas immunisée contre l'hépatite B (voir Tableau 1). Les contacts bucco-génitaux et bouche à bouche ne semblent pas être des modes de transmission significatifs de l'infection<sup>16</sup>.</li> <li>• Parmi la prophylaxie recommandée dans le <i>Guide canadien d'immunisation</i> (2002)<sup>17</sup>, notons :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– IGHB jusqu'à 14 jours après l'exposition,</li> <li>– une série de 3 doses de vaccin contre l'hépatite B 0, 1 et 6 mois après l'exposition ou un schéma accéléré de vaccination, au besoin.</li> </ul> </li> </ul>
Hépatite C	Pas de prophylaxie post-exposition disponible
VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prophylaxie post-exposition (PPE) du VIH est recommandée lorsque l'agresseur est porteur du VIH, et si une exposition importante a eu lieu (ex. : pénétration buccale, anale ou vaginale sans condom ou si on ne sait pas si un condom a été porté ou s'il s'est déchiré)<sup>18</sup>.</li> <li>• La PPE serait offerte au cas par cas en fonction d'autres expositions à risque élevé (ex. : la personne source est un utilisateur avéré de drogues injectables; agresseurs multiples; inflexion de blessures multiples) et si une pénétration vaginale, anale ou buccale s'est produite.</li> <li>• Les recommandations varient en fonction des provinces, et la décision d'offrir une PPE doit être prise conjointement avec un spécialiste du VIH ou conformément à des protocoles provinciaux/territoriaux/régionaux.</li> <li>• Si la PPE du VIH est administrée, il faut l'amorcer dès que possible — pas plus de 72 heures après l'exposition — et la poursuivre pendant 28 jours<sup>18</sup>.</li> </ul>

IGHB = immunoglobulines anti-hépatite B

PPE = prophylaxie post-exposition

**Notes :**

\*Le céfixime et la ceftriaxone ne doivent pas être administrés aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates ou anaphylactiques aux pénicillines.

†Le diluant de choix de la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) pour diminuer l'inconfort.

‡Les quinolones ne sont pas recommandées si le cas ou le contact provient d'une région où les taux de résistance de *N. gonorrhoeae* aux quinolones sont supérieurs à 3 ou 5 % ou si ceux-ci sont épidémiologiquement liés à une telle région, par exemple :

- Asie
- Îles du Pacifique (y compris Hawaï)
- Inde
- Israël
- Australie
- Royaume-Uni
- Régions des États-Unis (vérifier auprès du Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis pour connaître les taux de résistance aux quinolones par région)
- HARSAH épidémiologiquement lié aux États-Unis ou dont le contact l'est
- Régions du Canada où prévalent des taux élevés de résistance aux quinolones; veuillez vérifier auprès de vos organismes locaux de santé publique pour savoir quelles sont ces régions. Pour obtenir des données sur la résistance aux quinolones à l'échelle nationale au Canada, veuillez visiter le site Web de l'Agence de santé publique du Canada ([www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca)).



### *Grossesse*

- Si la victime a pu tomber enceinte à la suite de l'agression, la contraception orale d'urgence (COU) devrait être envisagée<sup>19</sup> :
  - Traitement de choix : Plan B — lévonorgestrel à raison de 1,5 mg, par voie orale, en dose unique.
  - Autre traitement : lévonorgestrel à raison de 0,75 mg, par voie orale, 2 f.p.j., à raison de 2 doses s'il est probable que la dose unique ne soit pas tolérée
    - Le traitement devrait être pris dès que possible, jusqu'à 72 heures après l'exposition (l'efficacité diminue après ce délai, mais certains bienfaits sont possibles jusqu'à 120 heures après l'exposition).
    - La COU est plus efficace et mieux tolérée que la méthode Yupze<sup>20</sup>.
    - La COU est contre-indiquée en cas de grossesse confirmée par un test de grossesse.
    - Pour le traitement en deux prises, Gravol à raison de 50 mg 30 minutes avant la deuxième dose de lévonorgestrel peut prévenir le vomissement du médicament.

### *Autres questions relatives à la prise en charge*

- Si la patiente y consent, elle devrait être orientée, au besoin, vers les services appropriés et disponibles (p. ex., équipes se consacrant aux agressions sexuelles, police locale ou Gendarmerie royale du Canada, services de soutien psychologique, organismes locaux de soutien aux victimes, etc.). Rappelez la nécessité d'avoir des relations sexuelles protégées et de s'abstenir de tout rapport sexuel jusqu'à ce que les infections aient été exclues ou que la prophylaxie ait été complétée.
- Proposez le vaccin contre l'anatoxine tétanique (p. ex., en cas de plaies ou d'écorchures sales survenues à l'extérieur).

### **Déclaration des cas et notification aux partenaires**

- Chaque province et chaque territoire sont dotés de lois rendant obligatoire la déclaration de violence infligée aux enfants. Bien que les exigences puissent varier selon la province ou le territoire, les professionnels de la santé devraient avoir connaissance des exigences locales en matière de déclaration et des procédures à suivre en cas de violence et d'autres actes de maltraitance infligés aux enfants. S'il existe une cause raisonnable permettant de soupçonner un cas de violence envers un enfant, les services locaux de protection de l'enfance ou les autorités policières devraient être contactés.
- Une personne présentant une ITS à déclaration obligatoire doit être signalée aux autorités provinciales/territoriales s'il y a lieu.
- La notification aux partenaires des personnes chez qui on a diagnostiqué une ITS doit se faire conformément aux recommandations du chapitre traitant de l'ITS en question.

## Suivi

- Si aucune prophylaxie n'a été prescrite, une visite de suivi devrait être planifiée dans les 7 à 14 jours après la première visite afin d'examiner les résultats des tests de laboratoire disponibles et de répéter les tests de dépistage d'ITS pour déceler des infections contractées au moment de l'agression, lesquelles n'avaient pas été détectées au moment de l'examen initial.
- Les tests de contrôle de l'efficacité du traitement doivent se faire selon les recommandations figurant dans les chapitres pertinents.
- Si un traitement prophylactique empirique a été administré, une visite de suivi devrait être prévue dans les trois à quatre semaines suivantes.
- Prévoir des tests sérologiques de suivi au besoin (voir tableau 1).
- Réévaluer l'état mental du (de la) patient(e) et prévoir une orientation vers des services de santé mentale si nécessaire.

## Références

1. Everett RB, Jimerson GK. The rape victim: a review of 117 consecutive cases. *Obstet Gynecol* 1977;50:88–90.
2. Michael RP, Zumpe D. Sexual violence in the United States and the role of season. *Am J Psychiatry* 1983;140:883–886.
3. Anderson CL. Males as sexual assault victims: multiple levels of trauma. *J Homosex* 1982;7:145–162.
4. Schwarcz SK, Whittington WL. Sexual assault and sexually transmitted diseases: detection and management of adults and children. *Rev Infect Dis* 1990;12(suppl 6):S682–690.
5. Johnson H. *Dangerous Domains: Violence Against Women in Canada*. Toronto, ON: Nelson; 1996.
6. *Statistiques de la criminalité au Canada, 2000*. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2000.
7. Estreich S, Forster GE, Robinson A. Sexually transmitted diseases in rape victims. *Genitourin Med* 1990;66:433–438.
8. Jenny C, Hooton TM, Bowers A *et al*. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med* 1990;322:713–716.
9. Lacey HB. Sexually transmitted diseases and rape: the experience of a sexual assault centre. *Int J STD AIDS* 1990;1:405–409.
10. Mein JK, Palmer CM, Shand MC *et al*. Management of acute adult sexual assault. *Med J Aust* 2003;178:226–230.
11. Petter LM, Whitehill DL. Management of female sexual assault. *Am Fam Physician* 1998;58:920–926, 929–930.
12. Bowyer L, Dalton ME. Female victims of rape and their genital injuries. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:617–620.
13. Forster GE, Pritchard J, Munday PE, Goldmeier D. Incidence of sexually transmitted diseases in rape victims during 1984. *Genitourin Med* 1986;62:267–269.
14. Tintinalli JE, Hoelzer M. Clinical findings and legal resolution in sexual assault. *Ann Emerg Med* 1985;14:447–453.
15. Fornà F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;3:CD000218.

16. Schreeder MT, Thompson SE, Hadler SC *et al.* Hepatitis B in homosexual men: prevalence of infection and factors related to transmission. *J Infect Dis* 1982;146:7–15.
17. *Guide d'immunisation canadien*, 6<sup>e</sup> éd. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2002.
18. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ *et al.* U.S. Department of Health and Human Services. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep* 2005;54(RR-2):1–20.
19. Dunn S, Guilbert E. Emergency contraception. *SOGC Clinical Practice Guidelines* 2003;131:1–7. Disponible à l'adresse : [www.sogc.org/guidelines/pdf/ps131.pdf](http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps131.pdf). Consulté le 1<sup>er</sup> février 2006.
20. Randomised controlled trial of levonorgestrol versus the Yupze method of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet* 1998;352:428–433.