



## AGRESSION SEXUELLE CHEZ LES ADOLESCENTS POSTPUBÈRES ET CHEZ LES ADULTES

Ce chapitre des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement Édition 2006 a été révisé et mis à jour en date d'Octobre 2007. Le tableau ci-dessous résume les importants changements apportés au chapitre et met en référence les pages correspondant à la copie courante en papier des lignes directrices.

<u>Section</u>	<u>Page</u>	<u>Formulation courante</u>	<u>Mise à jour/Clarification</u>
Prise en charge et traitement	303	Suite aux révisions apportées au chapitre des Infections gonococciques, l'énoncé lié aux quinolones a été changé	<b>Information ajoutée</b> Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI : - des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée; OU - au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel

## **AGRESSION SEXUELLE CHEZ LES ADOLESCENTS POSTPUBÈRES ET CHEZ LES ADULTES**

### **Définition**

La définition d'agression sexuelle est variable, mais elle englobe tous les actes sexuels non consensuels, lesquels vont des attouchements à la pénétration. Aux fins des présentes lignes directrices et à la lumière du fait que celles-ci portent sur la transmission potentielle d'infections transmissibles sexuellement (ITS), la définition d'agression sexuelle comprendra la pénétration pénienne complète ou partielle de la bouche, de l'anus et (ou) du vagin; il est à noter par ailleurs que les infections au virus Herpes simplex (VHS) peuvent potentiellement être transmises par le contact entre la bouche et les organes génitaux externes ou l'anus.

### **Épidémiologie**

Peu importe l'âge ou le sexe, n'importe qui peut être victime d'une agression sexuelle. L'incidence de celle-ci varie en fonction de l'emplacement géographique et semble, selon certaines études, présenter une distribution saisonnière (des sommets étant atteints au cours de l'été)<sup>1,2</sup>. Dans la plupart des cas, les victimes d'agression sexuelle sont de jeunes femmes; cependant, de 5 % à 6 % des agressions sexuelles sont signalées chez des hommes<sup>3</sup>. Il a été estimé que les agressions commises par une connaissance étaient au moins aussi courantes que les agressions commises par un étranger; de plus, il est possible qu'elles fassent l'objet d'un sous-signalment<sup>4</sup>.

Les données canadiennes indiquent que 16 % de toutes les femmes (1,7 million) ont été victimes, une fois qu'elles ont atteint l'âge de 16 ans, d'au moins une agression sexuelle ou physique commise par un compagnon de sortie ou un petit ami; de plus, 24 % des femmes de 18 à 24 ans ont été victimes d'une agression sexuelle et/ou physique commise par un compagnon de sortie ou un petit ami<sup>5</sup>. Selon les statistiques canadiennes sur le crime, la violence des hommes à l'endroit des femmes constituait globalement le type de violence le plus courant; toutefois, ce type de violence était également celui où l'implication d'un étranger était la moins probable<sup>6</sup>. Dans 76,8 % des cas signalés, la femme connaissait son agresseur. Dans 28,9 % des cas signalés, la femme a été agressée par son conjoint ou son ex-conjoint.

La gonorrhée, la chlamydia et la trichomonase sont les infections les plus fréquemment identifiées chez les femmes qui présentent des antécédents d'agression sexuelle<sup>7-9</sup>. Puisque l'âge auquel l'incidence d'agression sexuelle atteint son sommet correspond à l'âge auquel l'incidence de nombreuses ITS atteint elle aussi son sommet, la présence d'une ITS ne signifie pas nécessairement que son acquisition est attribuable à l'agression<sup>8</sup>.

## **Prévention**

Bien que la plupart des agressions sexuelles ne puissent être prévenues, une importance toute particulière doit être portée au fait de prendre conscience des situations qui peuvent favoriser la perpétration d'agressions sexuelles et de mettre en œuvre des mesures de prévention. Parmi celles-ci, on trouve les mesures qui visent à assurer la sécurité (p. ex., à la maison ou sur la route) et qui permettent d'éviter les situations dans lesquelles un agresseur pourrait avoir recours à l'alcool ou à des drogues afin d'altérer la capacité de la victime à résister à l'agression.

## **Évaluation Clinique**

Il est possible que les victimes soient réticentes à divulguer qu'elles ont fait l'objet d'une agression sexuelle, et ce, pour diverses raisons dont les suivantes : la peur d'avoir affaire au système criminel; la peur de ne pas être crue ou d'être victime de représailles; des sentiments de culpabilité, de honte ou d'autocritique; ou le souhait d'oublier l'incident. Malgré cette réticence à divulguer les événements entourant l'agression, il est possible que ces victimes sollicitent des soins médicaux en raison de préoccupations liées à la grossesse, aux ITS ou aux blessures<sup>10</sup>. De plus, il est possible qu'elles présentent un état de stress post-traumatique, des symptômes dépressifs, un abus d'alcool ou d'autres drogues, ou encore des gestes automutilatoires<sup>11</sup>.

L'évaluation et le suivi des victimes d'agression sexuelle devraient être menés en faisant preuve d'une grande sensibilité, ainsi que conjointement avec des équipes ou des services locaux possédant de l'expérience quant à la prise en charge des victimes d'agression sexuelle.

## **Documentation**

La documentation claire et exhaustive des antécédents, des résultats de l'examen physique et des prélèvements d'échantillons devrait être effectuée.

## **Antécédents**

L'interrogatoire devrait porter sur ce qui suit : la date, le lieu et l'heure de l'agression ou des agressions; ce que l'on sait du ou des (présumés) agresseurs (p. ex., relation avec la victime, utilisation connue de drogues injectables, etc.); le ou les orifices ayant été pénétrés et l'utilisation ou non d'un condom; les antécédents sexuels avant et après l'agression; les antécédents médicaux (p. ex., les antécédents en ce qui concerne la gynécologie, les règles et la contraception); les médicaments en cours d'utilisation; les antécédents en matière d'immunisation; la prise ou non d'une douche ou d'un bain à la suite de l'agression; le fait d'avoir changé ou non de vêtements; et les systèmes de soutien étant disponibles pour la patiente. Le soin de mener une entrevue exhaustive au sujet des détails de l'agression devrait être laissé aux autorités policières, puisque cela pourrait exercer un effet indésirable sur l'entrevue médico-légale.

### ***Examen physique***

Les blessures nécessitant des soins immédiats devraient avoir préséance avant tout autre examen. Idéalement, il faudrait demander à la patiente de se dévêtir complètement; de plus, si des échantillons médico-légaux doivent être prélevés, la patiente devrait se dévêtir sur un drap placé au sol (afin de recueillir toute preuve pouvant tomber). Tous les vêtements portés au moment de l'agression devraient être placés dans des sacs de plastique distincts et étiquetés. La patiente devrait se vêtir d'une chemise d'hôpital de façon à ce qu'un examen complet des ecchymoses et des autres blessures puisse être mené. Toutes les blessures (y compris celles qui sont constatées au cours de l'examen génital) devraient être documentées avec précision sur des diagrammes corporels. Il est important d'être à l'affût de la présence d'hémorragies pétéchiiales sur le palais lorsqu'il y a eu pénétration orale forcée. La colposcopie et la photographie ne permettent que rarement l'obtention de renseignements utiles et peuvent même provoquer une détresse injustifiée<sup>7,12</sup>.

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

La décision de prélever des échantillons génitaux ou autres, aux fins du diagnostic des ITS ou des pathogènes à diffusion hématogène (PDH), devrait se faire au cas par cas. Puisque les analyses diagnostiques initiales visant les ITS et les PDH facilitent l'optimisation de la prise en charge médicale de la victime, il est fortement recommandé de les mettre en œuvre lorsque cela s'avère possible. Il pourrait s'avérer approprié, cependant, d'aviser la victime que les résultats de tout test de dépistage d'une ITS seront versés à son dossier médical et que, dans le cas d'une agression sexuelle, ces résultats pourraient être déposés en preuve dans le cadre de procédures judiciaires.

Lorsque cela s'avère possible, le dépistage de base des ITS courantes devrait être effectué, et ce, en raison de l'incidence significative des ITS préexistantes chez les femmes qui sollicitent des soins à la suite d'une agression sexuelle et de l'incidence, plus faible, mais également significative, de la transmission des ITS attribuable au viol. Le dépistage de base facilite également le suivi recommandé (p. ex., test de contrôle chez les femmes enceintes) si une ITS est détectée. Lorsqu'il s'avère impossible de procéder au dépistage de toutes les ITS, une évaluation minimale devrait inclure le dépistage de *Neisseria gonorrhoeae* et de *Chlamydia trachomatis*.

Un examen au spéculum devrait être effectué chez les femmes, y compris chez les femmes postpubères, lorsque cela s'avère possible. Lorsque l'insertion d'un spéculum s'avère impossible, il est conseillé de procéder à un prélèvement vaginal à l'aveugle, conjointement avec des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) urétraux et (ou) urinaires.

Lorsque cela s'avère possible, le ou les (présumés) agresseurs devraient également faire l'objet d'un dépistage.

Tous les prélèvements effectués aux fins d'analyse médico-légale devraient être effectués par des professionnels étant expérimentés dans la mise en œuvre de ces interventions. Ils devraient également respecter les protocoles locaux/régionaux établis (voir *Annexe F*). Il est à noter que la plupart des trousse d'analyse médico-légale ne contiennent pas le matériel nécessaire pour effectuer des tests visant les ITS ou les pathogènes à diffusion hématogène. Ces trousse sont

utiles pour l'identification du sperme ou d'autres liquides corporels, l'analyse médico-légale de l'ADN, l'examen microscopique des poils et des cheveux, l'évaluation des dommages causés au tissu des vêtements et les examens portant sur les fibres et d'autres éléments de preuve à l'état de trace. Les résultats de ces tests peuvent ensuite aider à établir qu'il y a eu une association quelconque entre la victime et l'accusé, qu'il y a eu contact sexuel et (ou) que ce contact a été violent ou forcé, indiquant par le fait même l'absence de consentement. Tous les isolats et échantillons devraient être conservés au cas où des tests devraient être effectués à nouveau ou s'il s'avère nécessaire d'en effectuer d'autres.

**Tableau 1. Consultation initiale : enfants postpubères/ adolescents/ adultes**

<b>Infection transmissible sexuellement</b>	<b>Type d'échantillon recommandé</b>
Gonorrhée (voir le chapitre «Infections gonococciques»)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une coloration de Gram (pour les diplocoques intracellulaires Gram négatif) si possible.</li> <li>• Des échantillons pour la mise en culture de tous les orifices pénétrés (partiellement ou entièrement) et de l'urètre, tant chez les hommes que chez les femmes.</li> <li>• Un test de diagnostic moléculaire, préférablement un TAAN, devrait également être effectué à partir d'échantillons prélevés dans l'urètre (hommes), l'endocol/ l'urètre (femmes) et l'urine (hommes et femmes), selon le cas. Ce test est généralement plus sensible que la culture génitale, et peut être acceptable à des fins médico-légales si un résultat positif est confirmé par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, par un deuxième test envoyé à un autre laboratoire. Prenez note qu'un TAAN ne devrait pas être effectué sur des échantillons pharyngés et qu'il est recommandé de se reporter aux lignes directrices du fabricant en ce qui concerne les tests sur des échantillons rectaux.</li> <li>• Puisque les mises en culture d'échantillons prélevés &lt;48 heures à la suite de l'exposition peuvent donner lieu à des résultats faux négatifs, elles devraient être répétées d'une à deux semaines à la suite de l'exposition lorsqu'une prophylaxie n'est pas offerte; un TAAN postexposition peut être effectué au moment de la consultation sans attendre 48 heures; ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent déceler l'inoculum (ADN ou ARN)..</li> </ul>

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

**Tableau 1. Consultation initiale : enfants postpubères/ adolescents/ adultes (suite)**

Infection transmissible sexuellement	Type d'échantillon recommandé
Chlamydia (voir le chapitre «Infections à Chlamydia»)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les tests de diagnostic moléculaire, particulièrement les TAAN, sont plus sensibles que les mises en culture et devraient être effectués, lorsque cela s'avère possible, à partir d'échantillons urinaires (hommes et femmes), urétraux (hommes) ou cervicaux (femmes). Le recours à l'urine peut rendre le processus d'analyse plus acceptable aux yeux de certaines personnes.</li> <li>• Bien que les mises en culture aient été la méthode privilégiée pour l'analyse à des fins médico-légales, les TAAN peuvent s'avérer tout aussi acceptables lorsque les résultats positifs sont confirmés par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, lorsqu'un deuxième test est envoyé à un autre laboratoire. Les TAAN n'ont pas fait l'objet d'une évaluation adéquate en ce qui a trait aux échantillons prélevés dans la gorge et le rectum.</li> <li>• Lorsqu'ils sont disponibles, les deux tests (mise en culture et TAAN) devraient être effectués.</li> <li>• Puisque les mises en culture d'échantillons prélevés &lt;48 heures à la suite de l'exposition peuvent donner lieu à des résultats faux négatifs, elles devraient être répétées d'une à deux semaines à la suite de l'exposition lorsqu'une prophylaxie n'est pas offerte; un TAAN postexposition peut être effectué au moment de la consultation sans attendre 48 heures; ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent déceler l'inoculum (ADN ou ARN)..</li> </ul>
Trichomonase	Lorsqu'elles sont disponibles, des préparations à l'état frais et/ou des mises en culture visant <i>Trichomonas vaginalis</i> devraient être effectuées.

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

**Tableau 1. Consultation initiale : enfants postpubères/ adolescents/ adultes (suite)**

Infection transmissible sexuellement	Type d'échantillon recommandé
Syphilis (voir le chapitre « Syphilis »)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une analyse non tréponémique (p. ex., RPR, VDRL) et une analyse tréponémique (p. ex., TP-PA) devraient être effectuées.</li> <li>• Tant les analyses tréponémiques que non tréponémiques devraient être répétées à 12 et à 24 semaines à la suite de l'exposition. Dans certains cas (p. ex., un agresseur présentant un risque élevé d'infection; voir le chapitre « Syphilis ») et dans les régions connaissant des flambées de syphilis, il peut s'avérer approprié de répéter les analyses de 2 à 4 semaines à la suite de l'agression.</li> </ul>
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si l'on sait qu'une personne est immune contre l'hépatite B (anticorps anti-HBs <math>\geq 10</math> IU/L) ou qu'elle est HBsAg séropositive, aucun test n'est requis.</li> <li>• Il faudrait faire un prélèvement de base des anticorps anti-HBs si l'état immunitaire contre l'hépatite B n'est pas connu.</li> </ul>
VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faudrait effectuer un test de dépistage de base des anticorps anti-VIH.</li> <li>• Ce test de dépistage devrait être répété 6 semaines, 12 semaines et 24 semaines après toute exposition importante.</li> </ul>
Hépatite C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le dépistage de base des anticorps anti-VHC est optionnel, étant donné que le taux de transmission du VHC par contact sexuel est faible. On peut l'envisager si le ou les agresseurs (présumés) risquent fortement d'être infectés par l'hépatite C (p. ex., utilisateur connu de drogues injectables) et si la victime a subi un traumatisme important à la suite de l'agression.</li> <li>• Si les tests de base donnent des résultats négatifs, le test de dépistage des anticorps anti-VHC devrait être répété 12 semaines et 24 semaines après toute exposition importante.</li> </ul>

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

HbsAg = antigène de surface de l'hépatite B

RPR = test rapide de la réagine plasmatique

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

VDRL = analyse non tréponémique VDRL

VHC = virus de l'hépatite C

## Prise en charge et traitement

### Prises en considérations pour la prophylaxie

- Offrir une prophylaxie lorsque :
  - le retour du patient aux fins du suivi s'avère incertain;
  - l'on sait que l'agresseur est atteint d'une ITS spécifique;
  - le patient/ parent / tuteur en fait la demande;
  - le patient présente les symptômes d'une ITS.
- De plus, il peut s'avérer approprié d'offrir systématiquement une prophylaxie dans les situations où une pénétration vaginale, orale ou anale a eu lieu, puisque la plupart des victimes d'agression sexuelle ne se présentent pas aux consultations de suivi<sup>8,13,14</sup>.
- Il doit être noté que, dans le cas d'une agression sexuelle, l'efficacité d'une prophylaxie aux antibiotiques n'a pas fait l'objet d'études; la prophylaxie devrait se faire en fonction des recommandations quant au traitement d'infections spécifiques. Voir les chapitres portant sur les infections spécifiques pour obtenir de plus amples renseignements.

**Tableau 2. Prophylaxie recommandée dans le cas d'infections uro-génitales sans complications** (Voir les chapitres portant sur les infections spécifiques pour en savoir plus au sujet des choix d'autres traitements et des infections non génitales.)

Infection transmissible sexuellement	Prophylaxie recommandée
Gonorrhée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultes n'étant pas enceintes               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique* [A-I]</li> </ul>               OU               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., en dose unique† [A-I]</li> </ul> </li> <li>• Adultes enceintes               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique [A-I]</li> </ul> </li> </ul>
<i>Chlamydia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultes n'étant pas enceintes               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'on soupçonne que le patient n'adhérera pas au traitement [A-I]</li> </ul>               OU               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]</li> </ul> </li> <li>• Adultes enceintes               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Amoxicilline, 500 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 7 jours [B-I]</li> </ul>               OU               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'on soupçonne que le patient n'adhérera pas au traitement [B-I]</li> </ul> </li> </ul>

\*Le céfixime ne devrait pas être administré à des personnes présentant une allergie à la céphalosporine ou des antécédents de réaction immédiate et (ou) anaphylactique aux pénicillines.

† Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI :

- des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;

**OU**

- au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.



**Tableau 2. Prophylaxie recommandée dans le cas d'infections uro-génitales sans complications (suite)**

Infection transmissible sexuellement	Prophylaxie recommandée
Trichomonase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne procéder au traitement que lorsque le test de dépistage de la trichomonase s'avère positif.</li> <li>• Tous les adultes : Métronidazole, 2 g, p.o., en dose unique<sup>15</sup> [A-I]</li> </ul>
Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prophylaxie à l'azithromycine (administrée comme prophylaxie contre la Chlamydia) n'est plus considérée comme étant efficace contre la syphilis en période d'incubation, étant donné l'émergence récente de cas de syphilis résistant à l'azithromycine. Une prophylaxie à l'aide d'autres agents peut être envisagée s'il est peu probable que le patient se présente à nouveau ou s'il existe une source qui présente un risque élevé dans une région connaissant une flambée de syphilis infectieuse (voir le chapitre « Syphilis » pour obtenir de plus amples renseignements).</li> <li>• Si, ultérieurement, le patient présente une sérologie réactive pour la syphilis, il/elle devrait être traité(e) à nouveau à l'aide du traitement recommandé contre la syphilis.</li> </ul>
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prophylaxie contre l'hépatite B devrait être envisagée dans tous les cas d'agression sexuelle ou d'abus sexuel où il y a eu pénétration (anale ou vaginale) ou contact oral-anal sans condom, ou si l'état du condom est inconnu et si la source n'est pas immune contre l'hépatite B (voir le Tableau 1). Les contacts oraux-génitaux et oraux-oraux ne semblent pas constituer des modes de transmission importants<sup>16</sup>.</li> <li>• Parmi les prophylaxies recommandées dans le <i>Guide canadien d'immunisation, 2002</i><sup>17</sup>, mentionnons : <ul style="list-style-type: none"> <li>– HBIG jusqu'à 14 jours suivant l'exposition;</li> <li>– Une série de trois doses de vaccin contre l'hépatite B, à 0, 1 et 6 mois après l'exposition ou selon un schéma accéléré.</li> </ul> </li> </ul>
Hépatite C	Aucune PPE disponible
VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'administration d'une PPE contre le VIH est recommandée lorsque l'on sait que l'agresseur est infecté par le VIH et lorsqu'il y a eu une exposition significative (p. ex., pénétration orale, anale et (ou) vaginale sans condom ou avec un condom déchiré ou dont l'état est inconnu)<sup>30</sup>.</li> <li>• La PPE peut aussi être offerte au cas par cas en présence d'autres types d'exposition à risque élevé (p. ex., la source est un utilisateur connu de drogues injectables, il y a eu de multiples agresseurs et (ou) il y a eu des blessures importantes) et lorsqu'il y a eu pénétration vaginale, anale ou orale.</li> <li>• Les recommandations varient selon les provinces; la décision d'offrir une PPE devrait être prise de concert avec un spécialiste de l'infection au VIH et (ou) conformément aux protocoles provinciaux/ territoriaux/ régionaux.</li> <li>• Si une PPE contre le VIH doit être administrée, elle devrait l'être dans les plus brefs délais — 72 heures à la suite de l'exposition, au plus tard — et poursuivie pendant 28 jours<sup>30</sup>.</li> </ul>

HBIG = immunoglobulines de l'hépatite B

PPE = prophylaxie postexposition

**Grossesse**

- Lorsqu'il est possible que l'agression entraîne une grossesse, le recours à la contraception orale d'urgence (COU) devrait être envisagée<sup>19</sup> :

Traitement privilégié	Autre traitement
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan B : lévonorgestrel, 1,5 mg, p.o., en dose unique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lévonorgestrel, 0,75 mg, p.o., 2 f.p.j. x 2 doses, lorsqu'il y a peu de chances qu'une dose unique soit tolérée.</li> </ul>

Le traitement devrait être pris dès que possible, jusqu'à 72 heures à la suite de l'exposition (l'efficacité connaît une baisse par la suite; cependant, un certain effet peut être atteint jusqu'à 120 heures à la suite de l'exposition).

La COU est plus efficace et mieux tolérée que la méthode Yupze<sup>20</sup>.

La COU est contre-indiquée en présence d'une grossesse établie, telle que confirmée par un test de grossesse positif.

Dans le cas du schéma posologique à 2 doses, l'administration de 50 mg de Gravol, 30 minutes avant l'administration de la deuxième dose de lévonorgestrel, peut prévenir les vomissements.

**Autres questions liées à la prise en charge**

- Lorsque le patient y consent, une orientation appropriée devrait être mise en œuvre, au besoin et lorsque cela s'avère possible (p. ex., vers des équipes spécialisées en matière d'agression sexuelle, le service de police local/ la Gendarmerie royale du Canada, des services de soutien psychologique, des organisations locales de soutien des victimes, etc.). Il faut aviser le patient de la nécessité d'adopter des pratiques sexuelles à risques réduits ou de s'abstenir de toutes relations sexuelles en attendant que la possibilité d'infection ait été écartée ou que l'administration de la prophylaxie ait été complétée.
- Il faudrait offrir d'administrer un toxoïde tétanique s'il est pertinent de le faire (p. ex., présence de blessures souillées ou d'abrasions subies à l'extérieur).

**Déclaration des cas et notification aux partenaires**

- Toutes les provinces et tous les territoires disposent de lois exigeant le signalement de tout cas de violence infligée aux enfants. Bien que les exigences spécifiques varient selon la province et le territoire, les professionnels de la santé devraient être au fait des exigences et des procédures locales en matière de signalement en ce qui concerne la violence infligée aux enfants et tout autre mauvais traitement. S'il y a cause raisonnable de soupçonner que des enfants sont victimes de violence, il faut communiquer promptement avec les services de protection de l'enfance ou les autorités policières.
- Une personne atteinte d'une ITS à déclaration obligatoire devrait être signalée aux autorités provinciales ou territoriales, selon ce qui est approprié.

- La notification aux partenaires d'une personne infectée par une ITS devrait s'effectuer selon les recommandations se trouvant dans le chapitre pertinent.

### **Suivi**

- Si aucune prophylaxie n'a été administrée, il faudrait prévoir un examen de suivi de 7 à 14 jours après la consultation initiale, afin de passer en revue les tests de laboratoire disponibles et d'effectuer un nouveau test de dépistage des ITS, en vue de détecter la présence d'infections contractées au moment de l'agression et qui n'ont pas été détectées lors de l'examen initial.
- La mise en œuvre d'un test de contrôle visant des infections spécifiques devrait respecter les recommandations décrites dans les chapitres pertinents.
- Si un traitement prophylactique empirique a été administré, il faudrait prévoir un examen de suivi de 3 à 4 semaines après l'examen initial.
- Il faut prévoir un test sérologique de suivi, le cas échéant (voir le tableau 1).
- Il faut évaluer l'état mental du patient et, le cas échéant, assurer son orientation vers les services de santé mentale appropriés.

## Références

1. EVERETT, R.B. et G.K. JIMERSON. « The rape victim: A review of 117 consecutive cases, *Obstetrics & Gynecology*, vol. 50, 1977, p. 88-90.
2. MICHAEL, R.P. et D. ZUMPE. « Sexual violence in the United States and the role of season », *American Journal of Psychiatry*, vol. 140, 1983, p. 883-886.
3. ANDERSON, C.L. « Males as sexual assault victims: Multiple levels of trauma », *Journal of Homosexuality*, vol. 7, 1982, p. 145-162.
4. SCHWARCZ, S.K. et W.L. WHITTINGTON. « Sexual assault and sexually transmitted diseases: Detection and management of adults and children », *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 12, suppl. 6, 1990, p. S682-690.
5. JOHNSON, H. *Dangerous Domains: Violence Against Women in Canada*, Toronto, Nelson, 1996.
6. STATISTIQUE CANADA. *Statistiques de la criminalité au Canada, 2000*, Ottawa, Statistique Canada, 2000.
7. ESTREICH, S., G.E. FORSTER et A. ROBINSON. « Sexually transmitted diseases in rape victims », *Genitourinary Medicine*, vol. 66, 1990, p. 433-438.
8. JENNY, C., T.M. HOOTON, A. BOWERS et coll. « Sexually transmitted diseases in victims of rape », *New England Journal of Medicine*, vol. 332, 1990, p. 713-716.
9. LACEY, H.B. « Sexually transmitted diseases and rape: The experience of a sexual assault centre », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 1, 1990, p. 405-409.
10. MEIN, J.K., C.M. PALMER, M.C. SHAND et al. « Management of acute adult sexual assault », *Medical Journal of Australia*, vol. 178, 2003, p. 226-230.
11. PETTER, L.M. et D.W. WHITEHILL. « Management of female sexual assault », *American Family Physician*, vol. 58, 1998, p. 920-926 et 929-930.
12. BOWYER, L. et M.E. DALTON. « Female victims of rape and their genital injuries », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 104, 1997, p. 617-620.
13. FORSTER, G.E., J. PRITCHARD, P.E. MUNDAY et D.GOLDMEIER. « Incidence of sexually transmitted diseases in rape victims during 1984 », *Genitourinary Medicine*, vol. 62, 1986, p. 267-269.
14. TINTINALLI, J.E. et M. HOELZER. « Clinical findings and legal resolution in sexual assault », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 14, 1985, p. 447-453.
15. FORNA, F. et A.M. GULMEZOGLU. « Interventions for treating trichomoniasis in women », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, 2000, CD000218.
16. SCHREEDER MT, THOMPSON SE, HADLER SC et al. « Hepatitis B in homosexual men: prevalence of infection and factors related to transmission. » *Journal of Infectious Diseases* vol. 146, 1982, p. 7-15.
17. SANTÉ Canada. *Guide d'immunisation canadien*, 6<sup>e</sup> éd., Ottawa, Santé Canada, 2002.
18. SMITH, D.K., L »A. GROHSKOPF, R.J. BLACK et coll. « 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 », U.S. Department of Health and Human Services, *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 54, RR-2, 2005, p. 1-20.
19. DUNN, S. et E. GUILBERT. « Emergency contraception », *SOGC Clinical Practice Guidelines*, vol. 131, 2003, p. 1-7, [en ligne]. [[www.sogc.org/guidelines/pdf/ps131.pdf](http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps131.pdf)] (1<sup>er</sup> février 2006)

20. TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS OF FERTILITY REGULATION. « Randomised controlled trial of levonorgestrol versus the Yupze method of combined oral contraceptives for emergency contraception », *Lancet*, vol. 352, 1998, p. 428-433.