

Année 2016

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Madame WINCHENNE Anaïs Eulalie
Née le 15 Avril 1986 à Villeneuve Saint Georges (94)

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 29 Septembre 2016

**ÉLABORATION ET MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE
DE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE
DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE
À MAYOTTE**

Président de thèse : Professeur Isabelle AUBIN AUGER

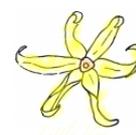
Directeurs de thèse : Docteur Franck WILMART

Docteur Stéphane JAMMART

DES de Médecine Générale

Ra Hachiri

« Nous sommes vigilants »,
Devise de Mayotte.



REMERCIEMENTS

Au Professeur Isabelle AUBIN AUGER, Professeur des Universités « Médecine Générale ». Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Recevez ici l'expression de mon profond respect et ma gratitude pour ces riches années de formation dans le cadre du DES de Médecine Générale.

Au Professeur Marc POCARD, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier « Chirurgie viscérale et cancérologique »

Je suis très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, Soyez assuré de ma gratitude et de mon plus grand respect.

Au Professeur Olivier SIBONY, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier « Gynécologie - Obstétrique ».

Je suis très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, Soyez assuré de ma gratitude et de mon plus grand respect.

Au Docteur Franck WILMART, Maître de stage Universitaire « Médecine Générale », tuteur, directeur de thèse, magicien et bien plus encore. Un immense merci pour ces années de partage, sur la médecine et la vie, ta générosité, ta patience. Merci de m'avoir invitée dans ton univers EBM où l'humain garde toute sa place rendant cette discipline si belle. Tu as tout mon respect et mon admiration. J'espère continuer à apprendre de toi pendant longtemps. Merci à toute la famille pour votre accueil si chaleureux.

Au Docteur Stéphane JAMMART,

Merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse.

Je te remercie pour ton accueil au dispensaire Sud de M'Ramadoudou où j'ai beaucoup appris. Merci également de m'avoir initiée à la médecine légale.

Au Docteur Jeanne DUPRAT qui a porté notre projet depuis le début. Merci pour ta passion, ta détermination et ta gentillesse.

Au Docteur Anne-Marie DE MONTERA. Merci de m'avoir invitée à participer à ce beau travail.

A Madame Mireille LECOY. Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse à toute épreuve.

Aux chefs des services, aux équipes médicales et paramédicales qui m'ont formée au fil des semestres. Je vous remercie pour vos riches enseignements.

Au Docteur Laurence VITTAZ,

Au Docteur Esther SIMON-LIBCHABER,

Au Docteur Aude LENORMAND et à Marie-Luce. Aux souvenirs du semestre d'hiver de médecine générale en milieu rural. A nos soirées près du poêle.

Au Professeur Brigitte ESTOURNET et au Docteur Jacques BATAILLE,

Au Professeur Jean-Christophe MERCIER et au Professeur Luigi TITOMANLIO,

Au Professeur Armand MEKONTSO-DESSAP, merci de m'avoir fait découvrir le monde aussi merveilleux que complexe de la réanimation médicale,

Au Docteur Xavier FORCEVILLE.

Au Docteur Samia TOUATI. Merci pour ton immense bienveillance et tes conseils avisés au cours de la rédaction de ce manuscrit.

Au Docteur Jean BERGOUNIOUX et au Docteur Guy LETELLIER de m'avoir initiée à la recherche et guidée dans son labyrinthe.

A mes camarades de faculté devenus des amis : Raoul mon Kamarade, Monsieur Chat, Marc, Mabulle ma fée, Marie-Noëlle Le dépanneur, Morgan Amnésix, Diane Chantal et nos soirées caisson de basse au péage de Saint Arnoult, Aude, Vinh ...

A mes co-internes devenus des amis : Youlie, Elsa, Donati, Alex, Ambroise Basile, Céline Mesnil, Victorine Pouyette, ...

A Laura et Dalia-Davina, toutouyoutou ! Merci pour ces liens tissés au fil des cours de DES et de DU. Merci pour ce bout de chemin parcouru ensemble à l'origine d'une belle amitié.

A Willou, notre ange-gardien, Ana, Nadia. Merci pour les souvenirs fous de nos virées parisiennes.

A Fadi et Nancy. Merci de nous avoir ouvert les portes de votre foyer.

A Zed, mon parrain de faluche et ami si cher. Merci pour les instants lumineux que tu as laissés dans ma mémoire. La distance n'atténue rien. Nos liens sont indéfectibles.

A Francky, merci pour ton soutien en P1. Merci d'avoir cru en moi. Je ne t'oublie pas.

A mes « chefs » de Mayotti devenues des amies. A Paola la voyageuse et à Aloïs la pianiste.

A Cécile la globe-trotteuse, rencontrée dans la colloc des rêves, incubateur d'une belle amitié. Merci pour ta gentillesse infaillible, ton enthousiasme permanent, ta joie de vivre, ta générosité... et tes bonnes recettes ! A nos soirées mahoraises ! J'en profite pour te remercier d'avoir intégré le comité de relecture officiel !

A notre couchsurfer Jojo l'abricot. Merci pour les bons moments partagés à Mayotti !

A mes amis d'adolescence qui ont été si compréhensifs pendant toutes ces années : Jess mon Ptit Bouchon, Guyaume la copine et Béné, Briçou, Monseigneur et Audrey, Tom et Noélie. Vous m'avez fait grandir.

Aux amitiés nouvelles. A Thomas, Marine, Gwen, Julien, Ed Sheeran, Mathieu, Simon, Ombeline, Gauthier, Camille, Jérémy... Merci de m'avoir accueillie parmi vous. Aux beaux instants de vie partagés à venir.

A ma famille de cœur et sang. Merci pour votre présence dans les bons moments comme dans les épreuves où vous êtes d'un soutien inestimable.

A mes 4 grands-parents et particulièrement à Mère-Grand. Merci pour tout : ta présence, ton soutien, ta générosité, ton accompagnement dans les épreuves de la vie...

A Claire, Umberto, Méla, Vinz et Mati. A nos souvenirs ablonnais et trélévernais. Merci pour votre soutien infaillible depuis plus de trente ans, pour votre sens de la famille, pour ces liens indestructibles qui nous unissent.

A Martine, Daniel, Damien et Alex, mon jumeau. Merci pour ces beaux moments partagés, pour votre présence dans notre vie. Alex, merci pour ton immense gentillesse et notre cheminement commun à travers les étapes de la vie. Que les liens créés ne se défassent jamais.

A Lydie, Gilles, Mel T. et Floflo pour votre amour, votre générosité, les cours de conduite et tout le reste. Merci aux « jeunes » pour nos folles soirées parisiennes !

A Alda, Bruno, Juju, François, Maxou. Merci pour votre présence et votre amour.

A Bruno, Danièle, Yoggette, Cléo et Isabelle. Merci pour ces kilomètres de footing-thérapie. Merci pour votre amitié.

A Cédric, mon co-équipier et thérapeute de (semi-)marathons. A nos courses futures.

A Nono, Hoël et Lauranne, ma famille ensoleillée !

A Anne, Thomas, Hugo et Cloé.

A Anna, François, Lulu, Yvan, Ptit Louis et Thomas. Merci pour votre gentillesse et votre aide inconditionnelle.

Aux cousins bretons, les Briand-Le Porchou, les Le Porchou tout court...

A Rosine et Vincent pour leur tendresse et leurs bons soins dans mes jeunes années.

A Nathalie et Patrice.

A Catherine et Germain.

A Jeanne, Virginie, Cécile, Catherine...

A Isabelle et Michel. Merci de m'avoir accueillie dans votre famille. Au doux souvenir du week-end au cours duquel j'ai écrit quelques lignes de ce manuscrit.

A nos « valeurs ajoutées » qui enrichissent cette belle et grande famille.

A celles et ceux que je n'ai pas cités mais qui comptent ou ont compté dans ma vie.

Aux amis rencontrés autour du monde.

A Jisse l'explorateur, ma meilleure moitié. Je te remercie pour ton soutien indéfectible, ton enthousiasme pour chacun de nos projets. A notre passé commun et au futur qu'il nous reste à bâtir. Le meilleur reste à venir. A cette vie commune pleine de promesses.

A ma fratrie, ma base. A nos souvenirs, à notre enfance. A tous les beaux moments partagés, passés et à venir. Merci pour votre amour, votre patience, votre soutien, votre gentillesse, votre générosité, votre écoute, ... notre complémentarité. Je ne serais rien sans vous.

A ma sœur Maud, ma meilleure amie.

A mon frère Harold, mon alter ego.

A Cyrielle. Merci à l'illustre membre du comité de relecture mais avant tout à l'amie que tu es devenue par-delà la distance.

A Noah. Aux bonheurs simples auxquels tu nous rappelles. A nos futurs périples autour du monde !

Enfin et surtout, à mes admirables parents. Vous êtes des modèles de courage, de bonté et de modestie. Je vous remercie pour votre amour inconditionnel, votre immense générosité, votre humanité et le champ infini des possibles que vous nous avez offert. Merci pour cette famille solide que vous avez construite au fil des années. Vous avez su trouver cet équilibre rare entre l'équité et le respect de nos différences. Il n'existe pas de mots pour vous exprimer mon profond respect, mon admiration incommensurable, ma gratitude et mon amour sans limite.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	7
INDEX	9
I. INTRODUCTION.....	10
A. Mayotte, île des Comores, 101^e département français	10
B. Une culture pluri-ethnique riche au sein d'un système matriarcal.....	14
1. Plurilinguisme : entre tradition et départementalisation.....	14
2. Us et coutumes : entre croyances ancestrales africaines et religion musulmane	14
3. Mœurs sexuelles dans les Comores et à Mayotte	15
C. Organisation insulaire des forces de l'ordre.....	16
D. Offre de soins sur l'île de Mayotte : désertification et turn-over importants.....	17
E. Données épidémiologiques sur les violences sexuelles	18
1. Données nationales et dans les DOM (hors Mayotte)	18
2. Mayotte, un DOM gangréné par les violences	18
F. Une population à risque d'infections sexuellement transmissibles	20
1. VIH, VHB, VHC, Syphilis	20
2. Chlamydia, Gonocoque, Trichomonas et Mycoplasmes	21
G. Difficultés rencontrées par les victimes et le corps médical face aux violences sexuelles.....	23
H. Problématique	24
II. MATERIEL ET METHODES	25
A. Initiative du projet	25
B. Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire autour d'un « noyau dur »	25
C. Méthode de travail	26

D. Revue systématique de la littérature	26
1. Recherches dans les domaines médical et médico-légal	27
2. Recherche dans le domaine juridique	27
E. Adaptation à l'organisation atypique des systèmes de soins et judiciaire	28
F. Diffusion du protocole auprès du personnel soignant	28
III. RESULTATS.....	29
A. Protocole	29
1. Composition	29
2. Présentation du protocole	29
B. Kit AGS	105
1. Composition	105
2. Maintenance	106
C. Carnet de suivi patient.....	106
IV. DISCUSSION	108
V. CONCLUSION	116
BIBLIOGRAPHIE.....	118
ANNEXES.....	130
Annexe 1. Etablissements sanitaires à Mayotte au 1 ^e janvier 2015.....	131
Annexe 2. Agressions sexuelles dans le département de Mayotte 2013-2014.	132
Annexe 3. « Fiches mémo ».	133
Annexe 4. Ordonnances nominatives (traitements).....	138
Annexe 5. « Carnet de suivi patient ».....	144
Annexe 6. Résumé « Kit AGS » SAU Mamoudzou 2016.....	163
RESUME.....	165

INDEX

ACFAV : Association pour la Condition Féminine et d'Aide aux Victimes
ADN : Acide DésoxyriboNucléique
AGS : Agression Sexuelle
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARV : traitement AntiRétroViral
AS : Aide-Soignant(e)
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHM : Centre Hospitalier de Mayotte
CME : Commission Médicale d'Etablissement
DeViFFe : Dépister la Violence Faite aux Femmes
DIM : Département d'Information Médicale
DIU : Dispositif Intra-Utérin
DOM : Département d'Outre-Mer
HAS : Haute Autorité de Santé
IAO : Infirmier/Infirmière d'Accueil et d'Orientation
IDE : Infirmier/Infirmière Diplômé d'Etat
IST : Infection Sexuellement Transmissible
ITT : Incapacité Totale de Travail
LDH : Ligue des Droits de l'Homme
MDZ : Mamoudzou
MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes
PAF : Police Aux Frontières
PEC : Prise En Charge
RUP : Région Ultra-Périphérique
SAU : Service d'Accueil des Urgences
UMJ : Unité Médico-Judiciaire
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIF : Violences Intra-Familiales
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

Pourquoi travailler sur un référentiel de prise en charge des violences sexuelles à Mayotte ?

Mayotte est un jeune département français peu connu d'un grand nombre de métropolitains. Son histoire, sa situation géopolitique, ses us et coutumes sont des préalables contextuels nécessaires à la compréhension des problématiques ayant conduit à la réalisation de ce travail.

A. Mayotte, île des Comores, 101^e département français

Mayotte, ou « *Maoré* » en *shimaoré*, est composée de deux îles principales (Grande Terre appelée « l'île hippocampe » et Petite Terre) et d'une trentaine d'îlots. « L'île aux parfums » se développe au sein d'un des plus grands et beaux lagons du monde bordé par une double barrière de corail de 160 kilomètres de long. La superficie totale de Mayotte est de 374 km². Cette île volcanique est âgée d'environ 8 millions d'années. Elle s'intègre dans l'Archipel des Comores dont elle constitue la partie orientale, avec Grande Comore, Mohéli et Anjouan (île la plus proche située à 70 kilomètres (1)). Elle est située dans le canal du Mozambique, entre l'Afrique du Sud (à 400 kilomètres de la Tanzanie) et Madagascar (à 450 kilomètres) (2).

Dzaoudzi, situé sur Petite terre, est le chef-lieu administratif de Mayotte mais l'activité économique est concentrée autour de Mamoudzou.

Sa situation géographique privilégiée dans l'hémisphère sud, entre le tropique du Capricorne et l'équateur, confère à « l'île au lagon » un climat tropical humide avec une température annuelle moyenne de 25.6°C (2).

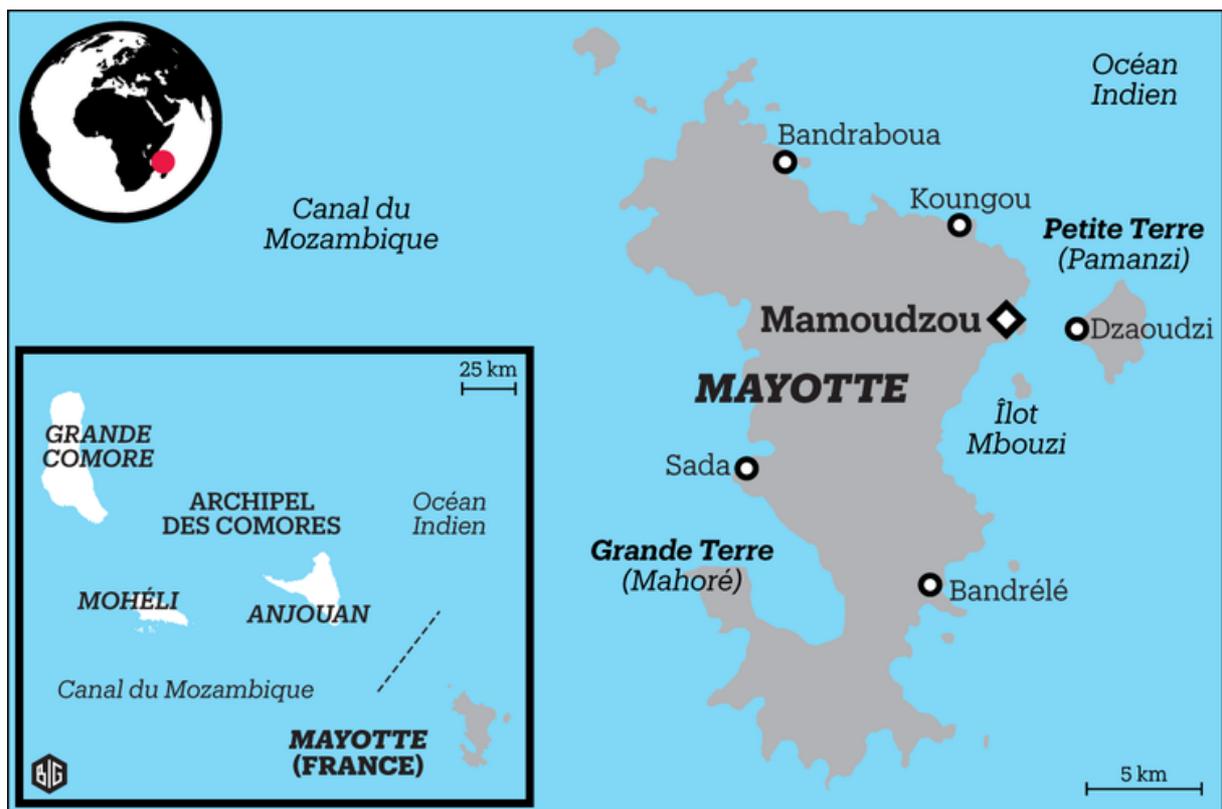


Figure 1. Situation géographique de Mayotte.

Cette situation géographique et son histoire expliquent le métissage de sa population, mélange du peuple originel bantou et des différentes vagues d'immigration (3). Du VIII^e au XIII^e siècle, le commerce se développe dans le canal du Mozambique. La culture swahilie et la religion musulmane arrivent entre le XIII^e et XV^e siècle avec les invasions arabes. Ce n'est qu'au XV^e siècle que les Européens (Français et Portugais), appelés *mzungu*, arrivent à Mayotte, alors utilisée comme point de ravitaillement sur la route des Indes. Suite à de violents affrontements au début du XIX^e siècle, la population de Mayotte est réduite à 3 000 habitants. En 1841, le Sultan d'origine malgache cède Mayotte à la France dans le but de la protéger d'attaques extérieures. Mayotte devient alors un protectorat français, qui s'étend secondairement à Grande Comore, Mohéli et Anjouan. L'esclavage est aboli en 1846 et la France rattache « Mayotte et Dépendances » à la colonie française de Madagascar en 1912. En 1946, l'archipel des Comores devient un Territoire d'Outre-Mer, statut intégré dans la Constitution de 1958. Dzaoudzi, situé sur Petite Terre, en devient le chef-lieu. Suite à cela, de violents conflits éclatent entre Grands Comoriens et Mahorais, ces derniers subissant de mauvais traitements. Finalement, dans les années 1970, après plusieurs référendums, Mayotte obtient son indépendance des autres îles de Comores et acquiert le statut de Collectivité Territoriale d'Outre-Mer en 1976. Suite au référendum du 29 mars 2009 (plus de 95% de « oui »), « l'île aux tortues » devient le cent-unième département français à compter du 1^{er} avril 2011, portant le numéro 976. Le 1^{er} janvier 2014, Mayotte accède au statut de région ultra-périphérique (RUP) de l'Union Européenne, lui donnant droit aux fonds européens structurels et d'investissement (3).

Au fil de ces années, la population n'a cessé d'augmenter sur l'île. Ainsi, le nombre d'habitants déclarés est passé de 11 000 en 1911 à 217 000 en 2012 (4). Les caractéristiques démographiques de Mayotte sont très différentes de la métropole et des autres départements d'Outre-Mer (DOM).

La forte croissance de sa population (+ 3.5% en 2012, 2.7% par an entre 2007 et 2012) et la densité de population élevée (570 habitants/km²) en font le département français le plus densément peuplé après ceux d'Ile de France (5, 6).

La population est jeune avec un taux de fécondité élevé de 4,1 enfants par femme en 2012, soit plus de 2 fois supérieur à la métropole (7). Plus de la moitié de la population est âgée de moins de 20 ans avec un âge moyen de 22 ans (8).

L'immigration clandestine massive a longtemps progressé jusqu'à se stabiliser depuis 2012. Elle représente plus de 40% de la population officielle de l'île (84 600 étrangers). Il

s'agit essentiellement de Comoriens (95%, les Malgaches représentant 4%). Ils rallient Mayotte depuis Anjouan en *kwassa-kwassas*, embarcations de fortune le plus souvent dangereusement surchargées (plus d'un millier de morts recensés en dix ans). Seuls 20% des étrangers seraient en situation régulière (1, 8).

Depuis le 1^{er} janvier 2014, date à laquelle Mayotte est devenue une RUP de l'Union Européenne, le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) s'applique. Mais de nombreuses dérogations au droit des étrangers sont entrées en vigueur après plusieurs décrets et ordonnances (9). Ces particularités locales permettent notamment des reconduites massives aux frontières (plus de 26 405 étrangers reconduits en 2010) (6, 8). De ce fait, la population étrangère est jeune (souvent âgée de moins de 16 ans) avec de nombreux mineurs isolés (1, 8) expliquant une grande partie de la précarité.

Ainsi, un grand nombre de logements sont insalubres. Trente deux pourcents des habitations sont en tôle, même si le *banga*, habitat traditionnel (en bois, végétal ou terre) a tendance à régresser, ne représentant plus que 6% des logements (3 592 bangas) (10). L'accès à l'eau potable progresse mais reste encore insuffisant puisque 25% de la population n'y a pas accès, expliquant la forte prévalence des maladies infectieuses (11).

A cette importante précarité, s'ajoute un niveau de qualification faible (71% de la population n'a aucun diplôme) induisant le plus fort taux de chômage des DOM (36.6%) et d'inactifs (54 % contre 28% en métropole) (7). Ces taux se confirment chez les 15-29 ans ne comptant que 29% d'actifs en 2012 (7).

Facteur aggravant, le fort taux d'illettrisme : 58% de la population mahoraise en âge de travailler ne maîtrisent pas les bases de la lecture et de l'écriture. L'une des explications est un faible taux de scolarisation (48%) lié à de profondes restructurations et modifications de la scolarisation avec l'évolution du statut de l'île. L'autre explication est liée à la langue puisque le français n'est la langue maternelle que pour 10% des Mahorais (12). La langue maternelle, le fort taux d'illettrisme des parents et la précarité rendent difficile l'acquisition de la langue française (12).

B. Une culture pluri-ethnique riche au sein d'un système matriarcal

1. Plurilinguisme : entre tradition et départementalisation

Mayotte est riche d'un plurilinguisme influencé par son histoire faisant cohabiter les alphabets latins et arabes. Si la langue officielle et administrative est le français, de nombreuses autres langues sont utilisées au quotidien. Les principales « langues ancestrales » de l'île toujours parlées sont le *shimaore* et le *shibushi*, s'inscrivant dans une tradition séculaire (13, 14).

Le *shimaore* est un dialecte africain bantou. C'est une langue véhiculaire, fonctionnelle sans rôle identitaire puisqu'elle est aussi utilisée par les shibushiphones. Le *shibushi* (ou *shibushi-shimaore*) est issu du *sakalava* de Madagascar. Le *shimaore* et le *shibushi* s'écrivent en caractères arabes, même s'il n'existe pas de graphie codifiée. Plusieurs travaux ont tenté de codifier l'écriture du *shimaore* depuis les années 1990, en réponse à une forte demande sociale. Ces langues se transmettent de génération en génération à la différence du français (14). L'alphabet arabe subsiste actuellement par les anciennes générations ayant suivi un enseignement coranique. La langue française s'intègre dans un processus complexe lié à la départementalisation de l'île, accentué depuis 2011. Les mahorais tiennent un discours ambivalent sur la langue française, langue officielle de Mayotte et « langue venue d'ailleurs » (12, 14).

2. Us et coutumes : entre croyances ancestrales africaines et religion musulmane

Sa situation géographique et son histoire confèrent à Mayotte une culture riche et singulière où les traditions animistes arabes ante-islamistes et africaines se côtoient.

La société mahoraise s'organise autour de la religion musulmane, implantée depuis le XV^e siècle, et de coutumes ancestrales africaines et malgaches. Ainsi, 95% des Mahorais sont de confession musulmane et de rite sunnite. C'est un Islam modéré où cohabitent tradition et modernité. La société est traditionnellement hiérarchisée en classes avec une primauté de la communauté sur l'individu. L'organisation familiale de type matriarcal s'appuie sur :

- la matrilinearité (« *mode de filiation et d'organisation sociale dans lequel seule l'ascendance maternelle est prise en ligne de compte pour la transmission du nom, des privilèges, de l'appartenance à un clan ou à une classe* » (15))

- la matrilocalité (« *mode de résidence imposé à un couple de jeunes mariés, suivant lequel le fiancé ou l'époux vient habiter dans la famille de sa femme* » (16)), plaçant la femme comme pivot de la famille (17). Néanmoins, de nombreux autres aspects du droit local et de la justice cadiale (voire définition ci-dessous) rendent la femme inférieure à l'homme (17).

Le système juridique mahorais est double, basé d'une part sur le droit commun et d'autre part sur la loi coranique s'appuyant sur la justice cadiale. Le système coutumier, dont la répudiation unilatérale et la polygamie font partie, tend à disparaître depuis la départementalisation. Il est néanmoins toujours appliqué pour les personnes nées avant 1988 (17).

La justice cadiale prend naissance à Mayotte entre les XIV^e et XVI^e siècles avec l'arrivée des Shiraziens. « Le cadi joue un rôle de juge, de médiateur, d'institution régulatrice de la vie sociale et familiale [...] La justice cadiale est régie par le décret du 1^{er} juin 1939 relatif à l'organisation de la justice indigène dans l'archipel des Comores et par la délibération du 3 juin 1964 de l'assemblée territoriale portant réorganisation de la procédure en matière de justice musulmane» (18). Le cadi est alors juge et dépositaire du droit coranique réglant les litiges de propriété et de droit civil. Elle s'organise en trois instances : le Tribunal de cadi (premier degré), le Grand cadi (appel) et la Chambre d'annulation musulmane (litiges supérieurs à 300 euros).

Selon les croyances mahoraises, l'univers est divisé en trois parties : les hommes créés par Dieu, le monde invisible dont les créatures telles que les djinns et le monde physique matériel (minéraux, végétaux, ... *etc.*). Ainsi, un monde invisible peuplé d'esprits côtoie le monde du visible. Les *djinnns* sont issus des croyances ante et post-islamistes d'Afrique de l'Est et de Madagascar, reconnus par l'Islam. Ce sont des esprits pouvant prendre toute forme vivante et posséder les hommes. Dans ce cas, le *fundi*, maître spirituel guérisseur spécialiste des djinns est consulté (19).

3. Mœurs sexuelles dans les Comores et à Mayotte (20, 21)

La sexualité dans la société comorienne et mahoraise s'inscrit dans la tradition coranique. Relevant d'un acte religieux, les relations sexuelles sont codifiées et entrent dans un cadre réglementaire. Traditionnellement, les conduites sexuelles licites s'opposent alors

aux conduites illicites. Seules les relations sexuelles conjugales sont autorisées. L'adultère et l'homosexualité sont les principales pratiques illicites dénoncées par les mœurs mahoraises.

Jusque dans les années 1960, les mariages étaient toujours arrangés, les époux ne se rencontrant qu'au moment de la cérémonie (22). Une *mwandrazi*, (femme d'une cinquantaine d'années ayant un rôle de conseil) assistait parfois les jeunes mariés au moment de l'*hutsamia* (premier rapport sexuel). A Mayotte, les hommes non mariés et les adolescents pratiquaient l'*hugurua* avec de jeunes filles (relations sexuelles incomplètes puisque les femmes devaient être vierges le jour de leur mariage) ou l'*huvura mundru* (relations sexuelles entre un homme adulte, parfois marié et un jeune garçon). Au cours de cette période, les viols homosexuels n'étaient pas rares, les victimes ne pouvant pas en référer à la justice cadiale, les pratiques homosexuelles étant illicites.

A partir des années 1960, probablement suite à la scolarisation des filles à l'école laïque mixte, les mœurs changent. Cependant, le poids de la religion pèse encore sur les femmes. Les couples non mariés et les naissances hors mariage restent honteux pour les femmes et leur famille. Le recours au préservatif et à la contraception reste faible car encore associés à des pratiques déviantes. Cela explique l'importance des IST et des interruptions volontaires de grossesse chez les jeunes mahoraises, parfois de façon clandestine (23). Et même si depuis la départementalisation, la polygamie tend à disparaître comme les mariages arrangés par les parents, elle reste néanmoins culturellement admise pour éviter l'adultère.

C. Organisation insulaire des forces de l'ordre

Le système juridique traditionnel cadial cohabite avec le système de droit commun. Ainsi, les représentants des forces de l'ordre de l'Etat français couvrent le territoire mahorais. Il est divisé en deux parties (24) :

- la « zone Gendarmerie » : qui regroupe 16 des 17 communes de Mayotte, soit 71% de la population.
- la « zone Police » : qui concerne Mamoudzou (comptant pour une des 17 communes de Mayotte).

La Gendarmerie a deux missions principales (24) :

- assurer la sécurité publique
- lutter contre l'immigration illégale.

La Police Nationale dont fait partie la Police aux Frontières (PAF) travaille en étroite collaboration avec la Gendarmerie Nationale.

La maison d'arrêt de Majicavo construite en 1995 comptait, en 2012, un taux d'occupation de plus de 214% (24).

D. Offre de soins sur l'île de Mayotte : désertification et turn-over importants

Le système de soins sur l'île de Mayotte s'organise autour du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), établissement public créé en 1997 (16).

Le CHM se compose (23) :

- du centre hospitalier de Mamoudzou disposant d'un plateau technique,
- de 17 sites périphériques comprenant :
 - o 4 centres ou dispensaires de référence assurant la continuité des soins en accueillant les patients 24 heures sur 24 : Dzaoudzi sur Petite Terre, M'Ramadoudou, Dzoumogné et Kahani,
 - o 13 dispensaires (Annexe 1).

Avec une densité de médecins en moyenne 5 fois inférieure à la métropole, Mayotte souffre d'un véritable problème de désertification médicale. En 2015, la densité de médecins généralistes sur l'île s'élève à 58 pour 100 000 habitants contre 144 pour la métropole, soit environ trois fois moins. L'écart entre Mayotte et la métropole se creuse davantage pour les spécialistes avec 40 médecins spécialistes pour 100 000 habitants à Mayotte contre 176 en métropole, soit 4,4 fois moins (23, 26). Le CHM emploie 85% des médecins généralistes de l'île (26).

Le « turn-over » des médecins à Mayotte est important, avec une durée de séjour de quelques semaines à quelques années pour une moyenne de quelques mois. Il s'agit essentiellement de médecins métropolitains, *mzungu* ne parlant ni le *shimahoré* ni le *shibushi*. Rares sont les médecins natifs exerçant à Mayotte. Cela impose la présence de traducteur lors des consultations, rôle exercé par les infirmiers, aides-soignants ou agents des services hospitaliers parlant les dialectes indigènes. La perte d'information est non négligeable dans ce cas ; soit par défaut de traduction par pudeur du traducteur vis à vis du patient, soit parce que le patient connaissant le traducteur (voisin, cousin, habitant du même village... *etc.*) craint un non respect du secret médical par le traducteur.

Un autre point majeur différenciant Mayotte de la métropole et des autres DOM est l'absence d'unité médico-judiciaire (UMJ). Le Bulletin Officiel du Ministère de la justice et des libertés de janvier 2011 prévoyait la création d'une unité médico-judiciaire par département (27). Or, à ce jour, il n'existe pas d'UMJ ni de médecin légiste exerçant sur l'île.

E. Données épidémiologiques sur les violences sexuelles

1. Données nationales et dans les DOM (hors Mayotte)

Les violences sexuelles concerneraient 16% des femmes et 5% des hommes au cours de leur vie (28-30). Ainsi, chaque année, 86 000 femmes seraient victimes de viols ou tentatives de viols. Les femmes sont le plus souvent agressées par un proche (86%) tandis que les hommes par un inconnu. Quel que soit le sexe de la victime, l'agresseur est presque toujours un homme (29, 31-33).

Les violences à caractère sexuel seraient plus importantes dans les DOM. Les plus touchés seraient La Réunion et la Guyane (respectivement 0,6 et 0,7% contre 0,4% en métropole en 2011) devant la Martinique et la Guadeloupe, en l'absence de données comparables pour Mayotte (31, 34, 35).

Parmi les femmes victimes de violences conjugales, la proportion d'agressions sexuelles est supérieure dans les DOM (1.1 à 7.2%) par rapport à la métropole (0.8%) (34).

Les causes de violences sont les mêmes dans les DOM et en métropole : l'alcoolisme et le chômage, dont les taux sont bien supérieurs en Outre-Mer (34).

2. Mayotte, un DOM gangréné par les violences

Le fort taux de chômage caractérisant les DOM n'épargne pas Mayotte (36,6% de chômage et 54% d'inactifs, taux les plus élevés des DOM) (7). Le chômage et la forte pression migratoire s'accompagnent de violences croissantes. Leur nombre aurait été multiplié par deux entre 2007 et 2008 (36). En témoigne l'émergence de nouvelles structures pour répondre aux besoins des victimes.

La « Condition féminine » est une association qui a vu le jour en 1986 ayant pour but de promouvoir la femme mahoraise. Trois ans plus tard, elle a un rôle d'insertion sociale et professionnelle des femmes et devient l'« Association pour la Condition Féminine ». En 2005, suite à la flambée des signalements des faits de violences, elle se positionne sur

l'accompagnement des victimes en se rebaptisant « Association pour la Condition Féminine et d'Aide aux Victimes » (ACFAV). Elle développe un service d'aide aux victimes, les accompagnant dans les démarches juridiques. Ce n'est qu'en 2010 qu'un service d'hébergement d'urgence est mis en place (37).

Parallèlement, la cellule « Bass maltraitance ! » (*bass* signifiant « assez », « ça suffit » en *shimaoré*) est créée en 2007, au sein du service d'aide sociale à l'enfance. Elle récolte les informations préoccupantes émanant du Parquet, des services administratifs, du système de soins et les analyse. Elle propose une prise en charge socio-éducative adaptée aux risques encourus par le mineur.

Néanmoins, rares sont les données épidémiologiques sur les agressions sexuelles à Mayotte. Seules quelques associations telles que la Ligue de Droits de l'Homme (LDH) et l'Association pour la Condition Féminine et d'Aide aux Victimes (ACFAV) ont travaillé sur la question.

Les données fournies par le département d'information médicale (DIM) du CHM ne sont pas exploitables par défaut de codage de l'activité, manque de précision et informatisation partielle.

Les données des forces de l'ordre sont très inférieures à la réalité puisque grand nombre de faits ne sont pas rapportés en raison d'une pression sociale et culturelle ainsi que d'une résolution par transaction financière entre les familles (24). Elles permettent néanmoins d'y déceler une tendance. Toutes les données actuelles laissent à penser que les violences sexuelles sont en augmentation, particulièrement à Mayotte. Cette augmentation concerne notamment les violences sur mineurs et entre mineurs (38).

Les données de la Préfecture montrent une augmentation de près de 20% des plaintes entre 2013 et 2014 pour des faits de violences sexuelles (Annexe 2). En « zone Police » (i.e. à Mamoudzou), 34 viols ou tentatives de viols sur mineurs ont été rapportés, dont 20% commis sur des enfants livrés à eux-mêmes. Dans 28% des cas, l'agresseur était mineur. Lors des auditions, les agresseurs (surtout des mineurs) avouaient parfois avoir été victimes de faits similaires et reproduire ce qu'ils avaient vécu.

Ainsi, en 2010, l'ACFAV rapporte l'ouverture de 153 dossiers pour violences sexuelles et/ou intra-familiales, contre 90 en 2008. Les femmes victimes sont jeunes (entre 26 et 39 ans), souvent avec peu ou pas de ressources (39).

Le rapport d'étude DeViFFe (« Dépister la violence faite aux femmes ») publié en mai 2015 par le CHM fait un état des lieux des violences faites aux femmes de plus de 16 ans dans le département de Mayotte. Parmi les 1 133 questionnaires exploitables, 12.4% des femmes déclaraient avoir subi des violences sexuelles, dont 11.5% des 16-18 ans. Les femmes vivant seule, parlant français et ayant un emploi déclaraient davantage de violences que les femmes en situation de vulnérabilité sociale. La polygamie était associée à davantage de violences. Parmi les femmes interrogées, 68% étaient de nationalité étrangère (65% comorienne) (40).

Les violences intra-familiales restent souvent tues. Parmi elles, le viol conjugal n'existe pas dans la culture mahoraise et dans la justice cadiale.

F. Une population à risque d'infections sexuellement transmissibles

1. VIH, VHB, VHC, Syphilis

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus se transmettant par voie sexuelle, sanguine et materno-fœtale (pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement maternel) (41).

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est 1,3 fois supérieure à Mayotte (132 par million d'habitants) par rapport à la métropole (100 par million d'habitants) (42-44). Le nombre de cas de Sida reste stable à Mayotte. Le profil des patients atteints est superposable : la moyenne d'âge des patients est de 38 ans, avec une atteinte plus importante des hommes (sex ratio de 1.9). Il semblerait qu'il y ait une augmentation du nombre d'étrangers ou de patients contaminés à l'étranger chez les nouveaux séropositifs et particulièrement chez les personnes venant de Madagascar où le taux serait plus de dix fois supérieur à celui de la France en 2014 (43, 45). Une étude menée en 2015 retrouve également un nombre important de découvertes de VIH au stade Sida, objectivant les difficultés d'observance et les « occasions manquées » du dépistage (43).

L'hépatite B se transmet par voie sexuelle, sanguine, materno-fœtale et plus rarement, par les liquides biologiques. Le taux d'hépatite B est très supérieur à Mayotte (4.2%) par rapport à la métropole (0.65%) (43, 46). Elle touche essentiellement les hommes, et parmi les primo-arrivants, les patients d'origine comorienne. Sa découverte est souvent tardive, parfois au stade de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire (43).

Cette prévalence importante s'explique par une couverture vaccinale deux fois plus faible à Mayotte qu'en métropole (46).

L'hépatite C a une transmission essentiellement par voie sanguine, et plus rarement sexuelle ou materno-fœtale.

Son taux de positivité est 1.2 à 1.6 fois plus élevé à Mayotte (1 à 1.35%) que sur l'ensemble du territoire français (0.82%) (47).

A Mayotte, aucun cas de co-infection VIH-VHC n'a été rapporté en 2015 (43, 44).

La syphilis est due à la bactérie *Treponema pallidum*, dont la transmission est principalement sexuelle mais également materno-fœtale au cours de la grossesse. Son incidence en baisse entre la seconde guerre mondiale et les années 2000 avait conduit à l'abrogation de la déclaration obligatoire des maladies vénériennes. Mais depuis 2000, sa résurgence dans les pays développés, en France et en particulier dans les DOM alerte sur les conduites sexuelles à risque de la population (48).

Le taux de syphilis active est de 2% à Mayotte chez des patients âgés en moyenne de 65 ans (sex ratio de 1.3) (43, 49), et de 2.1% chez les femmes enceintes (50). Ces taux sont, là encore, très supérieurs aux taux métropolitains.

La prévalence de ces IST (VIH, VHB, VHC et syphilis) est donc largement supérieure à la métropole. Cela a pu être déterminé grâce à des études plus ou moins vastes menées dans l'Océan Indien, et, parfois à Mayotte. Malheureusement, pour de nombreuses autres IST il n'existe à ce jour aucun état des lieux précis pour le département de Mayotte.

2. Chlamydia, Gonocoque, Trichomonas et Mycoplasmes

L'infection par *Chlamydiae trachomatis* est l'IST la plus fréquente en Europe, touchant surtout les femmes de 15 à 24 ans (51). Les symptômes de la chlamydie sont inconstants, posant le problème du sous-dépistage. Sa durée d'incubation est de 2 à 7 jours en

moyenne. Ses complications à long terme sont parfois sévères puisque c'est la principale cause d'infertilité féminine dans les pays industrialisés (49, 52). La transmission materno-fœtale n'est pas rare (50 à 70%). Il n'existe pas de données pour Mayotte. Mais la forte prévalence des autres IST (notamment les gonococcies), l'absence de dépistage systématique sur l'île et de suivi gynécologique suggèrent un nombre probablement important de patient(e)s infecté(e)s.

L'infection à *Neisseria gonorrhoeae* (ou gonocoque) est une IST fréquente, en augmentation continue, touchant essentiellement les hommes entre 20 et 24 ans. Un taux très élevé de co-infection avec *Chlamydiae trachomatis* est rapporté dans la littérature (49, 53, 54). Il n'existe pas d'étude récente de la prévalence du gonocoque à Mayotte. Un pic du nombre de cas diagnostiqués en 2008 est rapporté (55). La résistance aux antibiotiques recommandés de *N. gonorrhoeae* est difficilement évaluable puisqu'il n'existe pas de réseau de surveillance à Mayotte. Néanmoins, l'étude menée en 2015 à La Réunion (travaillant avec le réseau de surveillance du gonocoque *Rénago*) ne mettait pas en évidence de résistance (44).

La trichomonase est une infection sexuellement transmissible à *Trichomonas vaginalis*. Sa prévalence dans la population générale n'est pas bien connue, mais elle fait partie des trois infections sexuellement transmissibles (avec la gonococcie et la chlamydie) les plus fréquemment retrouvées chez les patientes ayant un antécédent d'agression sexuelle (56).

L'infection à mycoplasmes est due à trois germes principaux : *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* ou *Mycoplasma genitalium*. Seul *M. genitalium*, parasite et saprophyte, est toujours pathogène au niveau génital (57, 58). Le pouvoir pathogène des deux autres germes est difficile à évaluer du fait de leur présence à l'état commensal. En effet, une colonisation à *U. urealyticum* est retrouvée chez 50% des femmes. Le taux de colonisation est de 15% pour *M. hominis* (58, 59). La transmission sexuelle d'*Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis* n'a jamais été prouvée (58).

G. Difficultés rencontrées par les victimes et le corps médical face aux violences sexuelles

Au delà de l'aspect paradisiaque de « l'île au lagon » et de sa richesse culturelle, Mayotte souffre de la précarité et de l'immigration clandestine massive à l'origine de conflits sociaux majeurs. Le fort taux de chômage et les nombreux mineurs isolés font le lit de l'insécurité avec des « vols de survie », des violences physiques et notamment sexuelles.

Les coutumes et traditions ainsi que la religion imprégnant fortement la société mahoraise rendent difficile l'acceptation des violences sexuelles, amenant souvent les familles à les masquer et/ou à les régler par transaction financière. En effet, dans la culture mahoraise, la virginité de la femme implique l'honneur et la réputation de sa famille (20 - 22). L'autre élément important à considérer est l'inexistence, dans la justice cadiale, du concept de viol conjugal, l'épouse devant répondre favorablement à toute sollicitation de son mari. Par ailleurs, la clandestinité de certaines victimes les empêche de porter plainte de peur d'être expulsées.

Autre conséquence de l'empreinte culturelle très marquée : la forte prévalence des IST. En effet, le poids de la tradition, la méconnaissance des IST et de leur transmission limitent le recours au préservatif et réfrènent les vellétés de dépistage et de traitement. La société mahoraise n'admet les relations sexuelles que dans le cadre du mariage, et ce, dans un but de procréation. Il n'y a donc pas de place pour la contraception et le préservatif (21).

Concernant les problèmes organisationnels, les victimes d'agression sexuelle consultant au CHM patientaient de longues heures avant d'être prises en charge par un médecin souvent désarmé face à la victime. En effet, de nombreux obstacles s'opposaient à une prise en charge globale adaptée tels que :

- l'absence d'unité médico-judiciaire,
- l'absence de référent et de protocole établi,
- les liens inexistantes entre le corps médical et les forces de l'ordre.

Cela induisait un défaut de traitement des IST dont la prévalence est particulièrement forte à Mayotte et un abandon des victimes parfois avant même d'avoir consulté (délais d'attente majeurs). En conséquence, rares étaient les procédures menées à terme voire

simplement déclenchées (manque de coordination médecin/police ou gendarmerie, certificat médical initial insuffisant, prélèvements non effectués, ... *etc.*).

H. Problématique

Comment optimiser la prise en charge globale des victimes d'agression sexuelle dans le département de Mayotte en tenant compte des contraintes et spécificités locales des systèmes de soins et judiciaire ?

Fort de ces constatations alarmantes, l'objectif de notre projet a donc été de créer un chemin idéal de prise en charge pluridisciplinaire du patient victime d'agression sexuelle à travers l'écriture d'un protocole. Ce chemin coordonnerait l'intervention des forces de l'ordre, des corps médical et paramédical en considérant les aspects médicaux (risques infectieux, de grossesse... *etc.*), médico-légaux et psycho-sociaux spécifiques à Mayotte.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Initiative du projet

Le projet a vu le jour à l'automne 2014 sur l'initiative du Docteur Jeanne Duprat, urgentiste au CHM et du Docteur Stéphan Jammart, médecin généraliste et chef du dispensaire Sud de M'Ramadoudou. Tous deux avaient en effet constaté au cours de leur exercice sur l'île et au contact de nombre de patients victimes d'agression sexuelle qu'aucune prise en charge standardisée n'existait. Ils ont alors initié le projet, après validation par la Commission Médicale d'Etablissement, avec l'appui de sa Présidente, le Docteur Anne-Marie de Montera, également responsable du Centre de dépistage anonyme et gratuit de Mamoudzou (CDAG).

Interne à l'accueil des urgences du dispensaire Sud de M'Ramadoudou dès novembre 2014, prenant en charge une jeune victime, je suis arrivée au même constat que mes pairs. J'ai alors intégré le projet, motivée par son intérêt et ses enjeux.

B. Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire autour d'un « noyau dur »

Dès novembre 2014, un groupe de travail est créé, développé autour d'un « noyau dur » constitué des trois protagonistes principaux : le Docteur Jeanne Duprat, le Docteur Stéphan Jammart et moi-même. Ce groupe est composé de représentants des différentes spécialités concernées par la prise en charge de patients victimes d'agression sexuelle et exerçant au CHM :

- médecins :
 - généralistes exerçant en dispensaire et à l'hôpital de Mamoudzou
 - urgentistes
 - pédiatres
 - gynécologues
 - chirurgiens
 - infectiologues et internistes
 - psychiatres
 - biologistes
- pharmaciens du centre hospitalier de Mamoudzou
- assistantes sociales
- représentants de la Gendarmerie

- représentants de la Police Nationale
- Préfet et Sous-Préfet
- Procureur de la République

De novembre 2014 à mai 2015, les réunions du groupe de travail ont eu lieu mensuellement dans les locaux du Centre Hospitalier de Mamoudzou.

Le Docteur Jeanne Duprat, le Docteur Stéphan Jammart et moi-même, présents à chacune des réunions, avons constitué le pivot central de ce groupe de travail. Les autres membres du groupe participaient aux réunions selon leurs disponibilités et leur implication dans les problématiques soulevées.

C. Méthode de travail

Au cours des réunions, les différentes problématiques étaient soulevées et discutées. J'effectuais une revue systématique de la littérature entre chaque réunion et rédigeais le protocole. Différentes propositions étaient faites par courriel entre deux réunions du groupe de travail.

Le Docteur Jeanne Duprat, le Docteur Stéphan Jammart et moi-même avons ensuite colligé l'ensemble des données, des réflexions et la bibliographie.

Chaque membre du groupe de travail était informé par courriel des problématiques soulevées au cours de la réunion précédente et/ou pour la réunion à venir. Le Docteur Jeanne Duprat retranscrivait dans des rapports les résultats de chaque réunion. Diffusés par courriel, ils permettaient une transmission de toutes les informations à tous les membres du groupe de travail.

La décision finale était discutée, précisée et validée au cours de la réunion suivante ou par courriel en cas d'absence du spécialiste concerné.

D. Revue systématique de la littérature

Chacun des éléments discutés était soumis à une recherche bibliographique et à une revue systématique de la littérature dans les domaines médical, médico-légal, médico-social et juridique.

1. Recherches dans les domaines médical et médico-légal

De novembre 2014 à juin 2015, une revue systématique de la littérature médicale et médico-légale a été effectuée pour chaque thématique relative à chaque item du référentiel à partir :

- des moteurs de recherche et bases de données médicaux :
 - PubMed à l'aide d'équations de mots-clés (termes MeSH)
 - Librairie Cochrane
 - Cismef
 - UnaformeC
 - UpToDate par recherche thématique
 - Dynamed
- des recommandations :
 - Haute Autorité de Santé (HAS)
 - Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)
- d'avis d'expert : Professeur Eric Caumes, chef du service d'infectiologie de la Pitié-Salpêtrière.

Les recherches dans le domaine médico-légal ont été étayées à partir d'ouvrages majeurs ayant également servi de référence (27-31, 60, 61).

2. Recherche dans le domaine juridique

Les différents points juridiques, appuyés par le Code pénal, ont été discutés avec le Procureur de la République au cours d'entrevues et d'échanges de courriels. Les éléments médicaux étaient présentés au Procureur de la République afin d'adapter le circuit du patient et de l'agresseur suspecté à l'offre de soins et au système judiciaire.

En accord avec la loi, les différentes discussions avec le Procureur de la République ont notamment permis d'obliger l'agresseur suspecté à se soumettre aux principaux tests de dépistage des IST (62) afin d'écourter la durée de traitement de la victime, et donc d'en diminuer les effets secondaires potentiels.

E. Adaptation à l'organisation atypique des systèmes de soins et judiciaire

L'ensemble des éléments recueillis à partir des recherches dans les différents domaines étaient discutés avec le groupe de travail le mois suivant afin d'adapter les solutions à l'offre de soins locale, ainsi qu'aux infrastructures médico-légales et juridiques. Ainsi, le patient suivrait un « chemin idéal » de prise en charge permettant un travail conjoint du corps médical et des forces de l'ordre. Il permettrait à toute victime d'agression sexuelle admise dans une structure de soins d'être accompagnée dans l'initiation de la procédure judiciaire.

F. Diffusion du protocole auprès du personnel soignant

Dès la mise en place du protocole, sa diffusion a été la plus vaste possible. Il a ainsi fait l'objet de nombreuses présentations orales:

- à la Commission médicale d'établissement (CME) du CHM devant l'ensemble de ses représentants.
- lors de réunions d'encadrement,
- pendant des staffs pluridisciplinaires et réunions de service,
- en début de chaque semestre auprès des nouveaux internes lors de la réunion d'accueil,
- au cours de réunions des infirmiers référents aux urgences.

L'ensemble des soignants (médecins, infirmiers, assistantes sociales...) exerçant au CHM ont été informés de la création de ce protocole et de la mise à disposition d'un « Kit AGS » dès juin 2015 grâce à la diffusion d'une note interne par courriel et affichage au service d'accueil des urgences (SAU) du CHM.

Les nouveaux médecins arrivant sont informés de l'existence du dispositif par courriel avant leur prise de poste au CHM et, une fois sur place, grâce à l'affichage d'une note interne dans les différents services des 17 sites du CHM (à Mamoudzou et dans les sites périphériques).

Des courriels de mise au point sont régulièrement envoyés en cas de modification ponctuelle du protocole ou lors de dysfonctionnements repérés.

III. RESULTATS

A. Protocole

1. Composition

Le protocole se décompose artificiellement en deux parties intriquées: médicale et médico-légale.

a. Volet médical

Destinée à tout soignant et en particulier au médecin peu habitué à la prise en charge très spécifique du patient (mineur ou majeur) victime d'agression sexuelle (AGS), la partie médicale du protocole précise la démarche à suivre tant pour les prélèvements à effectuer que les traitements à administrer. Elle concerne également l'agresseur suspecté, ayant lui aussi droit à une prise en charge médicale.

La prise en charge psycho-sociale ainsi que des risques infectieux et de grossesse est décrite point par point dans la partie médicale du « protocole AGS ».

b. Volet médico-légal

La partie médico-légale déroule les différentes étapes de la prise en charge du patient victime d'agression sexuelle et de son agresseur suspecté lorsqu'il est présenté par les forces de l'ordre. Ce volet guide l'examen clinique aboutissant obligatoirement à la rédaction du certificat médical initial détaillé devant toujours être remis au patient (ou à son représentant légal) et/ou à l'autorité requérante le cas échéant (63, 64).

Les différents prélèvements nécessaires à une éventuelle procédure y sont également détaillés. Ils doivent systématiquement être réalisés (sauf refus du patient) et un certificat remis à la victime (même si elle refuse d'entamer une procédure) afin de ne pas compromettre un dépôt de plainte ultérieur.

2. Présentation du protocole

Cette partie présente le « protocole AGS » dans son intégralité tel qu'il est disponible dans les différents services du centre hospitalier de Mamoudzou et dans les 17 dispensaires du CHM.

Pour en faciliter la lecture, la numérotation originale du sommaire du protocole rendant compte du volume du référentiel (entre parenthèses) a été doublée de la numérotation des pages de la thèse.

Des encadrés ont été rédigés sur les « intercalaires » originaux entre les différentes parties du protocole pour une meilleure compréhension de l'élaboration de ce travail.

Les principales références bibliographiques ne figurant pas sur le protocole original ont également été ajoutées.

Les documents complétant le protocole, à savoir les documents du « Kit AGS » ainsi que le « carnet de suivi patient » sont en annexe pour une meilleure lisibilité.

**LIVRET de PEC
MULTIDISCIPLINAIRE
des VICTIMES
de VIOLENCES SEXUELLES**



CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE

SOMMAIRE

(La numérotation entre parenthèses correspond à la numérotation originale du protocole)

Procédure	33 (3)
Logigramme général	35 (5)
Définitions - Points importants	36 (6)
Rôles de chacun - Organisation du suivi	38 (8)
Fiche pratique : Numéros utiles	43 (13)
Accueil en amont des Urgences de Mamoudzou	45 (15)
Accueil aux Urgences de Mamoudzou	51 (21)
KIT AGS - Composition et mode d'emploi.....	54 (24)
- KIT médico-légal	55 (25)
- KIT médical	57 (27)
Outils de PEC médico-légale	63 (33)
- Rapport réquisition victime majeure	64 (34)
- Rapport réquisition victime mineure	75 (45)
Outils de PEC médico-sociale	85 (55)
- Formulaire information préoccupante majeur	86 (56)
- Formulaire Bass information préoccupante - signalement mineur	90 (60)
Check-List urgentiste de fin de PEC	97 (67)
Logigrammes d'aide au suivi des risques infectieux et de grossesse	100 (70)
- VIH	101 (71)
- VHB	102 (72)
- VHC	103 (73)
- Grossesse	104 (74)

 <p>Centre Hospitalier de Mayotte Service des Urgences</p>	<p align="center">AIDE à la PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE des VICTIMES d'AGRESSION SEXUELLE</p>	
<p align="center">Version : 01</p>	<p align="center">Classement BiblioWeb :</p>	
<p align="center">Groupe de travail</p> <p>Dr CHAMOUINE, Pédiatre Dr DE MONTERA, CDAG Dr DIDIA, Gynéco-Obstétricien Dr DUPRAT, PH Urgentiste Dr JAMMART, Dispensaire Sud Dr MARCHISET, Pharmacien Equipe de liaison psychiatrique WINCHENNE Anaïs, interne</p>	<p align="center">Validation par le groupe</p> <p>Pour le groupe de travail, juin 2015 : Dr DUPRAT</p>	<p align="center">Enregistrement qualité</p>
<p align="center">Diffusion</p>		<p>Générale <input checked="" type="checkbox"/> Spécifique <input type="checkbox"/></p>
<p align="center">Secteur(s)</p> <p align="center">Tous les secteurs de soins</p>	<p align="center">Destinataire(s)</p> <p align="center">Médecins Cadres supérieurs de pôles Cadres de santé</p>	

1. Objet de la procédure :

- 1- Définir les principes de la prise en charge multidisciplinaire des victimes d'agression sexuelle se présentant pour soins dans les différents secteurs d'accueil du CHM.
- 2- Définir quel est le rôle de chaque acteur de soins impliqué dans cette multidisciplinarité.
- 3- Décrire le contenu et le mode d'emploi du kit AGS (agression sexuelle) mis en place aux Urgences de Mamoudzou.
- 4- Regrouper l'ensemble des documents aidant à la prise en charge des patients victimes d'agression sexuelle.

2. Domaine d'application

- 5- Tous les secteurs de soins du CHM : sites périphériques, maternités, services de consultation, consultations d'Orthogénie, Service des Urgences de Mamoudzou.

3. Responsabilités

Acteurs médico-sociaux participant à la prise en charge décrite dans le document.

4. Documents de référence

Agence de santé publique du Canada, Lignes directrices sur les infections sexuellement transmissibles, juillet 2013 – février 2015.

Consultable sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>

Code pénal : Art 226, 706-47-1, 222-23 à 222-26 ; 227-25 à 227-27 ; Art 40

Haute Autorité de Santé, Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions, décembre 2010.

Consultable sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1031777/fr/depistage-et-prise-en-charge-de-linfection-a-neisseria-gonorrhoeae-etat-des-lieux-et-propositions

Hôpitaux Salengro et Jeanne de Flandre (Lille), Protocole commun Urgences pédiatriques - Médecine légale - Gynécologie - Obstétrique, Septembre 2012.

Inserm, Le praticien face aux violences sexuelles : le traitement et le suivi, novembre 2012.

Consultable sur : http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf%26rm/conf/confagrsex/EPE/prat_violsex6.html

Ministère de la santé, Prise en charge des situations d'exposition au risque viral, mars 2008.

Consultable sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/18_Prise_en_charge_des_situations_d_exposition_au_risque_viral.pdf

Ministère de la Santé et des services sociaux au Québec, Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel, 2010.

Consultable sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-333-01.pdf>

OMS, Gestion clinique des victimes de viol, Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées de leur propre pays, 2005.

Consultable sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242592633_fre.pdf

OMS, Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH. Recommandations conjointes OMS/OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH, 2008.

Consultable sur : http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines_fr.pdf

Rougé-Maillard C. Prise en charge des violences sexuelles. EMC Elsevier Masson, Gynécologie, 802-A-50, 2011.

5. Abréviations

AGS : Agression Sexuelle

AS : Aide Soignante

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CHM : Centre Hospitalier de Mayotte

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

MDZ : Mamoudzou

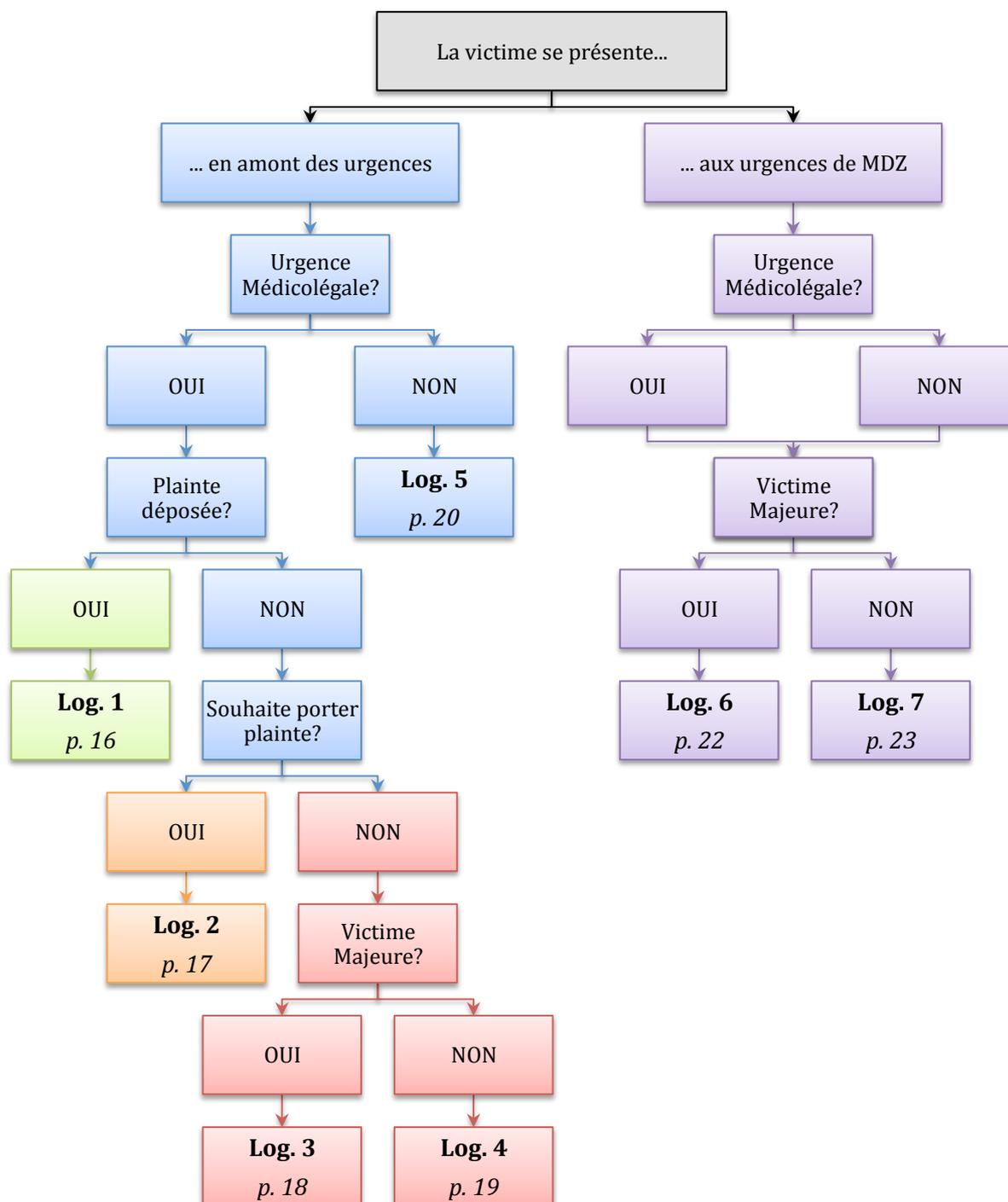
PEC : Prise en Charge

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

6. Description du processus



DEFINITIONS
Points importants

Le chapitre « Définitions - Points importants » contextualise le protocole en confrontant les aspects éthiques/déontologiques avec les différents éléments juridiques et articles du Code pénal permettant une prise en charge globale du patient.

Différents points relatifs à l'organisation atypique de l'offre de soins et du système judiciaire de l'île sont détaillés afin d'éviter tout dysfonctionnement causé par un nouveau soignant du CHM (médecin ou infirmier).

Une agression sexuelle est un acte d'exhibition ou tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise (Code pénal) (65).

Il convient de distinguer la prise en charge des patients mineurs (<15 ans et >15 ans) et majeurs (≥18 ans) (66).

Un examen médical ne relève pas toujours d'une réquisition mais doit être fait sous réquisition pour les mineurs, les majeurs vulnérables et en cas de plainte (63, 67, 68).

La personne vulnérable est définie dans le Code pénal (69, 70) :

- Le majeur sous tutelle ou majeur curatelle ou « qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse ».
- Le « mineur de 15 ans » (i.e. de moins de 15 ans) est, de fait, considéré comme vulnérable. Il n'est donc pas nécessaire d'établir qu'il n'était « pas en mesure de se protéger » au moment des faits.
- Le mineur de 15 à 18 ans figure parmi les personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger en raison de leur âge. Mais il convient d'expliquer dans le signalement, en quoi leur âge ne le leur permettait pas au moment des faits.

Les faits datant de moins de 5 jours sont une urgence médico-judiciaire (constatation de lésions cliniques récentes) (68).

Les faits datant de plus de 5 jours ne sont pas une urgence médico-judiciaire mais le praticien jugera toujours de l'urgence de la nécessité de soins médico-psychologiques par un examen clinique (68).

Il n'y a pas d'urgence médicalement parlant à réaliser un certificat médical (71).

On distinguera la démarche médicale (soins, traitements à délivrer, urgence somatique ou psychologique, nécessité d'hospitalisation) de l'urgence médicolégale (examen et prélèvements sous réquisition dans le cadre d'une enquête).

La prise en charge du patient victime d'agression sexuelle comprend 4 axes : légal, médical, psychologique, social.

Lorsqu'il est présenté, l'agresseur a le droit à une prise en charge médicale identique à celle de la victime, en particulier pour le traitement post-exposition (72).

Les modalités d'accueil des patients accompagnés de fonctionnaires de police ou de gendarmerie sont précisées dans une procédure validée CHM (Intranet CHM/Biblioweb).

EN AUCUN CAS N'ENVOYER LES PARENTS OU LA VICTIME AU COMMISSARIAT POUR PORTER PLAINTTE.

LES GARDER AUX URGENCES ET TELEPHONER AU COMMISSARIAT EN DEMANDANT LA REQUISITION DU MEDECIN.

SAUF HORS DELAI ET HORS URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE (faits datant de plusieurs mois par ex).

QUE LA VICTIME PORTE PLAINTTE OU NON, LA PRISE EN CHARGE DOIT ETRE LA MEME afin de ne pas compromettre un éventuel dépôt de plainte ultérieur. Dans tous les cas, remettre un certificat médical détaillé à la victime (63).

Les délais de prescription sont :

- pour les viols sur majeur : de 10 ans après les faits (73).
- pour toute autre infraction sexuelle sur majeur : de 3 ans après les faits (73).
- pour les viols sur mineur, attouchements sur mineur de moins de 15 ans ou commis par un ascendant ou personne ayant autorité : de 20 ans après la majorité (jusqu'à ses 38 ans) (74).
- pour toute autre infraction sexuelle sur mineur : de 10 ans après la majorité (jusqu'à ses 28 ans) (74).

Lorsqu'un adulte non vulnérable refuse de porter plainte, le soignant doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour l'en convaincre (63, 67). Si le patient persiste, l'article 40 du Code de procédure pénale autorise le soignant, après évaluation collégiale du risque, à faire un signalement au Procureur de la République via la fiche d'information préoccupante (67). Il ne débouche pas nécessairement sur une procédure.

PEC MULTIDISCIPLINAIRE

Rôle de chacun - Organisation du suivi

Le chapitre « PEC multidisciplinaire : Rôle de chacun - Organisation du suivi » permet à tout soignant d'identifier son rôle dans la prise en charge globale du patient victime d'agression sexuelle. Cette partie décrit de façon détaillée les liens existants entre les différents intervenants (judiciaires, paramédicaux, médicaux, sociaux, administratifs) et leurs actions pendant la prise en charge initiale du patient et lors de son suivi.

**PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DES VICTIMES :
ROLES DE CHACUN**

Services de police ou de gendarmerie :

- Accompagnent la victime aux urgences (entrée et mode d'admission définis par procédure écrite CHM dans un but notamment de confidentialité).
- Préviennent le médecin du 15 de l'arrivée d'une victime aux urgences / **anticipation de l'accueil.**
- Réquisitionnent le médecin de permanence (urgentiste, gynécologue ou pédiatre selon les cas) (63).
- Saisissent les prélèvements faits dans les meilleurs délais (stockés dans enveloppes kraft scellées avec le kit).
- En cas de nécessité pour l'enquête, peuvent auditionner la victime aux urgences dans une pièce mise à leur disposition (sous réserve de la disponibilité des locaux), et en veillant toujours aux règles de **confidentialité.**
- Présentent l'agresseur présumé chaque fois que possible au CHM pour **prélèvements sérologiques** (le statut sérologique de l'agresseur pouvant être décisif dans la prise en charge médicale de la victime) (62).

L'équipe en dispensaire :

L'AS :

- Accueille la victime et prévient le médecin sénior dans les meilleurs délais.

Le médecin sénior (75, 76):

- Contacte la gendarmerie à laquelle la victime est rattachée pour obtenir la réquisition. Soit la gendarmerie peut se déplacer au dispensaire prendre la plainte; soit elle ne peut pas, et la victime est transférée à Mamoudzou. C'est alors le sénior des urgences de Mamoudzou qui contactera la police de Mamoudzou.
- Effectue un examen clinique minimum permettant de dispenser les premiers soins nécessaires.
- Appelle la régulation pour déclencher la procédure.
- Évalue, avec le régulateur, le mode de transport nécessaire au transfert.
- Hors urgence médico-judiciaire, débute la prise en charge en dispensaire selon protocole en attendant le RDV pour examen sur réquisition au CHM.

Le médecin régulateur du SAMU :

- Met en relation le médecin réquisitionné aux urgences avec les forces de l'ordre.
- **Organise l'accueil de la victime aux urgences.**
- S'assure de l'ouverture de la procédure en dispensaire ou à Mamoudzou.
- Évalue le moyen de transport et le délai avec le médecin du dispensaire.
- Si délai > 5 jours, aide décisionnelle à la PEC (urgence ou différée).

L'équipe des urgences :

L'IAO :

- Accueille la victime et l'oriente dans les meilleurs délais vers le secteur de soins adapté à son âge.

Le médecin urgentiste sénior (75, 76):

- Reçoit la victime, et débute la prise en charge médicale (anamnèse, évaluation de la gravité, urgence psychologique associée, nécessité de traitement => cf check-list et organigramme décisionnel), sans trop approfondir l'interrogatoire s'il doit être répété par la suite.
- Contacte le Procureur de la République par fax +/- par téléphone pour la réquisition, le signalement...
- Coordonne l'intervention des autres soignants aux urgences :
 - o Installe la victime dans **box dédié avec le kit et le matériel d'examen spécifique.**
 - o Propose une sédation et la délivre pendant l'examen.
 - o Appelle le **gynécologue** pour toutes les victimes de sexe féminin (mémo aide aux prélèvements et à la rédaction de certificat + appareil photo + matériel de prélèvement dans le kit).
 - o Examine les **enfants < 3 ans** conjointement avec le **pédiatre de garde réquisitionné.**
 - o Pour les enfants > 3 ans, peut solliciter le pédiatre pour une aide à la PEC au cas par cas.
 - o Si besoin d'une exploration digestive, appelle le **chirurgien viscéral d'astreinte.**
 - o Sollicite systématiquement **l'équipe de liaison psychiatrique.**

Le cadre de santé:

- **des urgences** de 7h à 18h, **ou d'astreinte** sinon.
- apporte son aide pour organiser l'hospitalisation de la victime.

Le gynécologue de garde :

- Est prévenu par l'autorité requérante et/ou le médecin du 15.
- **Se rend aux urgences générales dans les meilleurs délais** (salle d'examen dédiée) pour examen médico-légal, soins spécialisés si nécessaires, et rédaction du certificat demandé. Le certificat comprendra la description de l'intégralité des lésions visibles y compris extra-génitales (cf. modèle type)
- **Remet en main propre à l'autorité requérante** l'original du certificat et en consigne une copie dans le dossier patient (63). Il remet également les prélèvements biologiques réalisés mis sous scellé dans enveloppe kraft étiquetée.

Le pédiatre :

- **Est réquisitionné** systématiquement **pour les enfants < 3 ans** (examen, rédaction du certificat, suite de la PEC).
- Apporte son aide à l'urgentiste si besoin pour les enfants > 3 ans.
- En cas d'hospitalisation en UHCD, **le pédiatre donne systématiquement son avis avant la sortie sur l'organisation de la suite de la PEC.**

L'équipe de liaison psychiatrique :

- Etablit un premier contact pour « defusing » et le répète si hospitalisation.
- Oriente vers les structures d'aide aux victimes (63).
- Organise le suivi ambulatoire si nécessaire.
- Prescrit un traitement psychotrope spécifique si besoin.

L'équipe de la pharmacie / Le pharmacien de garde :

- Délivre les médicaments nécessaires à la prise en charge et non disponibles aux urgences (antirétroviraux formes buvables et immunoglobulines VHB notamment) 24h/24.
- Après chaque utilisation, récupère (via IDE référent ou cadre des urgences), vérifie et refait le kit.

Le directeur de l'hôpital / L'administrateur de garde:

- est informé par téléphone par le médecin urgentiste sénior référent de toute situation inhabituelle ou complexe (mineur, adulte vulnérable, difficultés rencontrées dans la PEC médicolégale ou l'hospitalisation...).
- apporte son aide en cas de difficulté administrative (Police, Procureur, ASE, hospitalisation en service...)

SUIVI DU PATIENT VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE

Une hospitalisation courte de 24 heures est encouragée et doit toujours être discutée. Elle permet de n'oublier aucun élément de la prise en charge médico-psycho-sociale.

Administrativement, les patients doivent être placés en hospitalisation : **transfert impératif du dossier patient en UHCD via logiciel DxCare.**

Elle est indispensable dans le cas d'une personne mineure ou majeure vulnérable.

- En UHCD pour les adultes,
- En UHCD ou en service pédiatrie pour les mineurs (77).

A l'issue de l'hospitalisation ou du séjour aux urgences, **la victime doit être orientée pour un suivi à 72h:**

- Le pédiatre réquisitionné aux urgences organise le suivi des enfants < 3 ans.
- Au CDAG, pour les adultes et les enfants de plus de 3 ans (le matin sans rendez vous).

Dans tous les cas, **le patient doit quitter les urgences ou l'UHCD avec son carnet de suivi** (consentement signé page 4 et résumé de PEC initiale page 6).

FICHE PRATIQUE**Numéros utiles**

La « Fiche pratique - Numéros utiles » est destinée à faciliter la prise de contact entre les différents intervenants. En faisant apparaître leurs numéros, elle permet de rappeler au soignant les différents axes de la prise en charge s'étendant au-delà de la seule prise en charge médicale.

NUMEROS UTILES

Quelques numéros utiles (téléphone et fax)


CHM		Hors CHM	
CDAG : de 8h à 16h	38 12 Tél : 02 69 61 79 53	Procureur de la République :	Tél : 02 69 61 91 75 Port : 06 39 09 80 75 Fax : 02 69 61 19 63
Gynécologue de garde :	55 41 / 55 42	Commissariat de police de Mamoudzou :	17
Pédiatre de garde :	70 194 jusqu'à 18h 70 135 après 18h	Brigade des mineurs :	Tél : 02 69 61 12 22
Consultation de pédiatrie :	51 70	Gendarmerie nationale :	
Orthogénie :	52 51	Sada :	Tél : 02 69 61 19 22 Fax : 02 69 63 81 61
Pharmacie centrale :	42 50 / 42 51	M'Tzamboro :	Tél : 02 69 62 13 13 Fax : 02 69 63 80 32
Pharmacien d'astreinte :	70 138	Mamoudzou :	Tél : 02 69 61 12 16 Fax : 02 69 61 54 67
Psychiatre d'astreinte :	70 859	Pamandzi :	Tél : 02 69 60 10 48 Fax : 02 69 60 91 39
Equipe de liaison psychiatrique :	54 18 / 70 854	M'Zouazia :	Tél : 02 69 62 00 48 Fax : 02 69 62 81 37
Service social :	36 40 / 36 41 Tél : 02 69 61 86 39 Fax : 02 69 61 86 35	Association pour la Condition Féminine et l'Aide aux Victimes (ACFAV) (37) :	Tél : 02 69 61 29 49
Aide sociale à l'enfance (ASE) :	70 902 Tél : 02 69 64 80 06		

**ACCUEIL de la victime d'agression sexuelle
EN AMONT DES URGENCES
(dispensaire, médecine libérale, gynécologie, pédiatrie, orthogénie...)**

Logigramme 1 : La victime (ou son représentant légal) **a déjà porté plainte**

Logigramme 2 : La victime **souhaite porter plainte** mais ne l'a pas encore fait

Logigramme 3 : La victime **majeure refuse de porter plainte**

Logigramme 4 : La victime **mineure** (ou son représentant légal) **refuse de porter plainte**

Logigramme 5 : Victime mineure ou majeure, **hors urgence**

Ce chapitre « Accueil de la victime d'agression sexuelle en amont des urgences » explique les étapes de la prise en charge initiale du patient hors SAU. Elle se décompose en 5 logigrammes adaptés aux différentes situations auxquelles le soignant peut être confronté. Ces logigrammes ont pour but d'aider le soignant dans l'initiation des parcours de soins et judiciaire ainsi que dans le choix d'orientation du patient.

ACCUEIL EN AMONT DES URGENCES
(dispensaire, médecine libérale, gynécologie, pédiatrie, orthogénie...)

URGENCE MEDICO-LEGALE

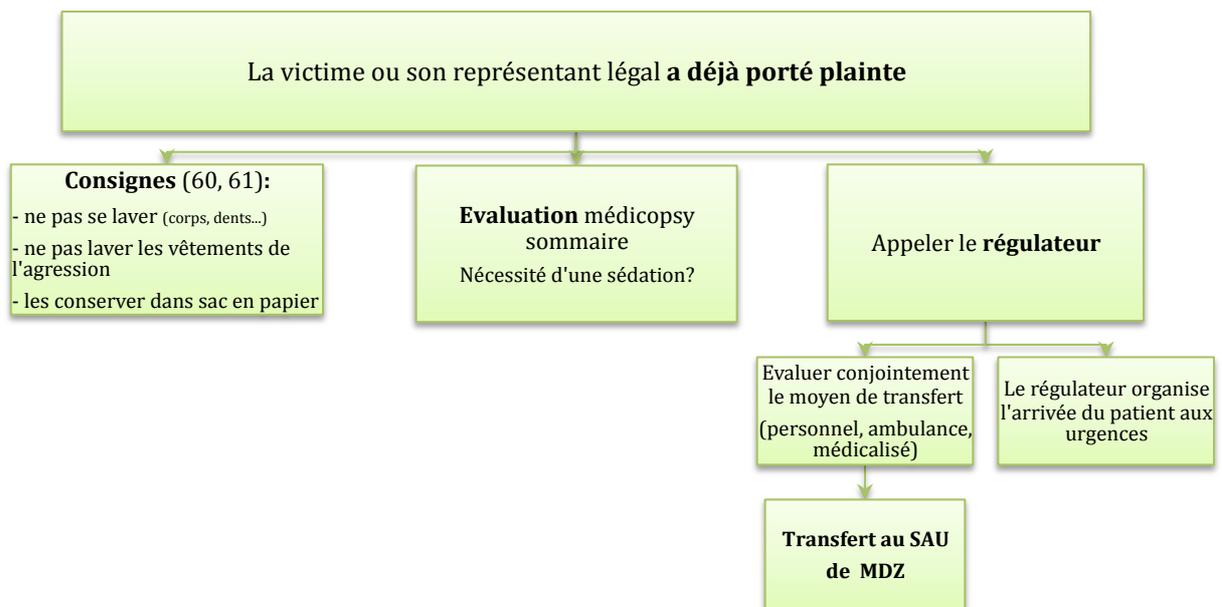
Faits datant de **moins de 5 jours (44)**

Ou **nécessité d'adresser au CHM :**

- procédure non ouverte avec impossibilité de l'ouvrir en périphérie
- victime en danger
- entourage défaillant

**LA VICTIME D'AGS EST PRISE EN
CHARGE PAR UN MEDECIN SENIOR**

**LOGIGRAMME N°1 :
LA VICTIME OU SON REPRESENTANT LEGAL A DEJA PORTE PLAINTE**



Nota Bene : Etre en situation irrégulière peut dissuader les victimes de porter plainte. **RASSURER LA VICTIME+++**

ACCUEIL EN AMONT DES URGENCES
(dispensaire, médecine libérale, gynécologie, pédiatrie, orthogénie...)

URGENCE MEDICO-LEGALE

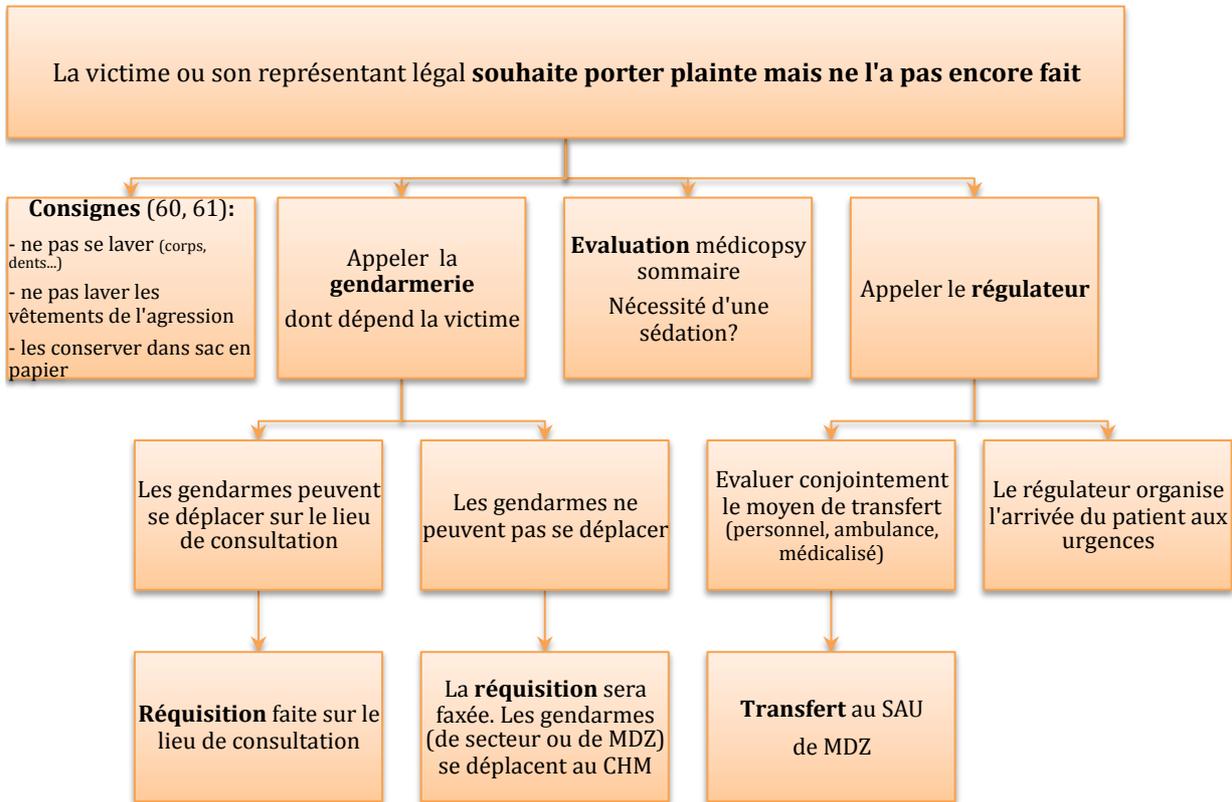
Faits datant de **moins de 5 jours (68)**

Ou **nécessité d'adresser au CHM :**

- procédure non ouverte avec impossibilité de l'ouvrir en périphérie
- victime en danger
- entourage défaillant.

**LA VICTIME D'AGS EST PRISE EN
CHARGE PAR UN MEDECIN SENIOR**

**LOGIGRAMME N°2 :
LA VICTIME SOUHAITE PORTER PLAINT MAIS NE L'A PAS ENCORE FAIT**



Nota Bene : Etre en situation irrégulière peut dissuader les victimes de porter plainte. **RASSURER LA VICTIME+++**

ACCUEIL EN AMONT DES URGENCES
(dispensaire, médecine libérale, gynécologie, pédiatrie, orthogénie...)

URGENCE MEDICO-LEGALE

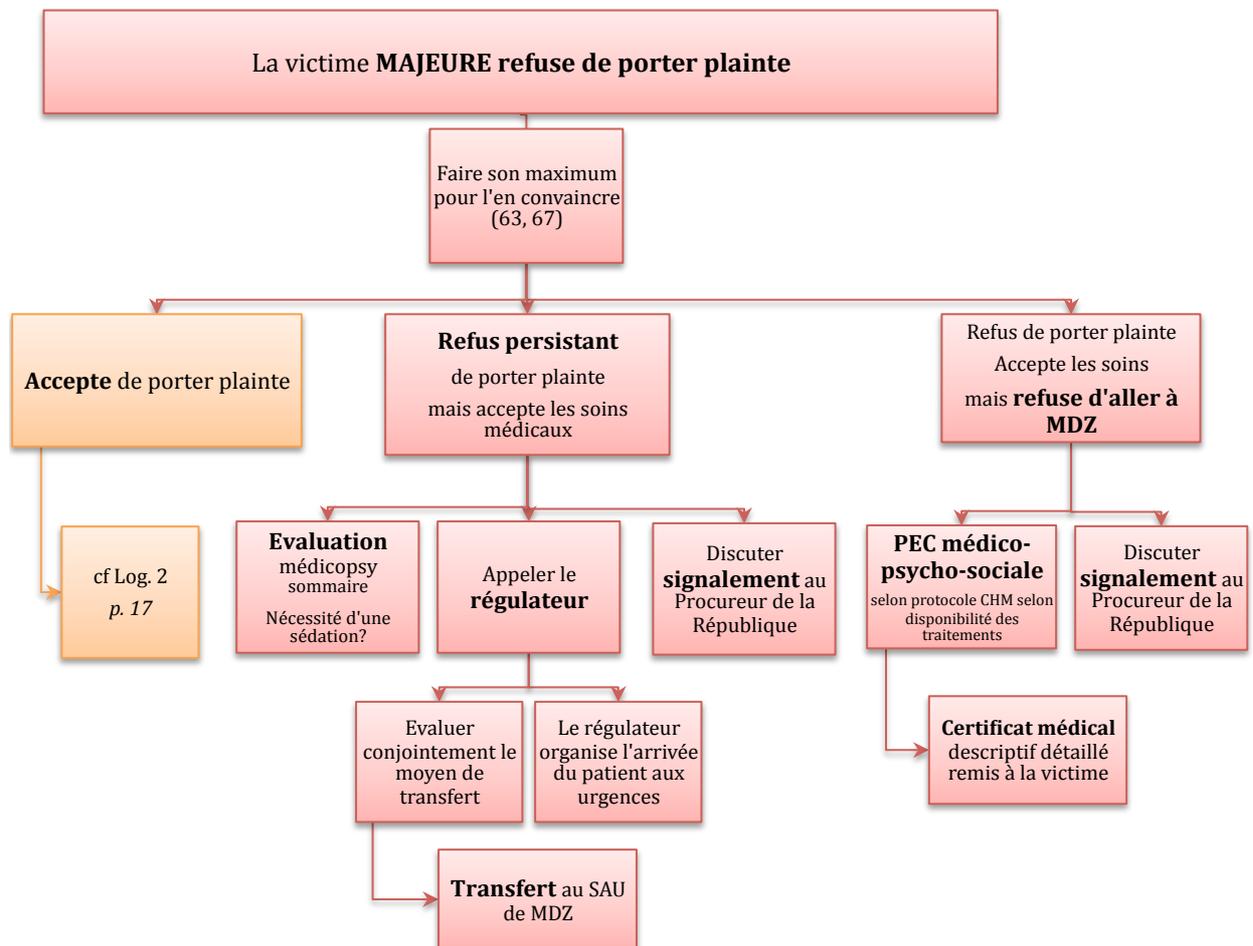
Faits datant de **moins de 5 jours (68)**

Ou **nécessité d'adresser au CHM :**

- procédure non ouverte avec impossibilité de l'ouvrir en périphérie
- victime en danger
- entourage défaillant.

**LA VICTIME D'AGS EST PRISE EN
CHARGE PAR UN MEDECIN SENIOR**

**LOGIGRAMME N°3 :
LA VICTIME MAJEURE REFUSE DE PORTER PLAINTE**



Nota Bene : Etre en situation irrégulière peut dissuader les victimes de porter plainte. **RASSURER LA VICTIME+++**

ACCUEIL EN AMONT DES URGENCES
(dispensaire, médecine libérale, gynécologie, pédiatrie, orthogénie...)

URGENCE MEDICO-LEGALE

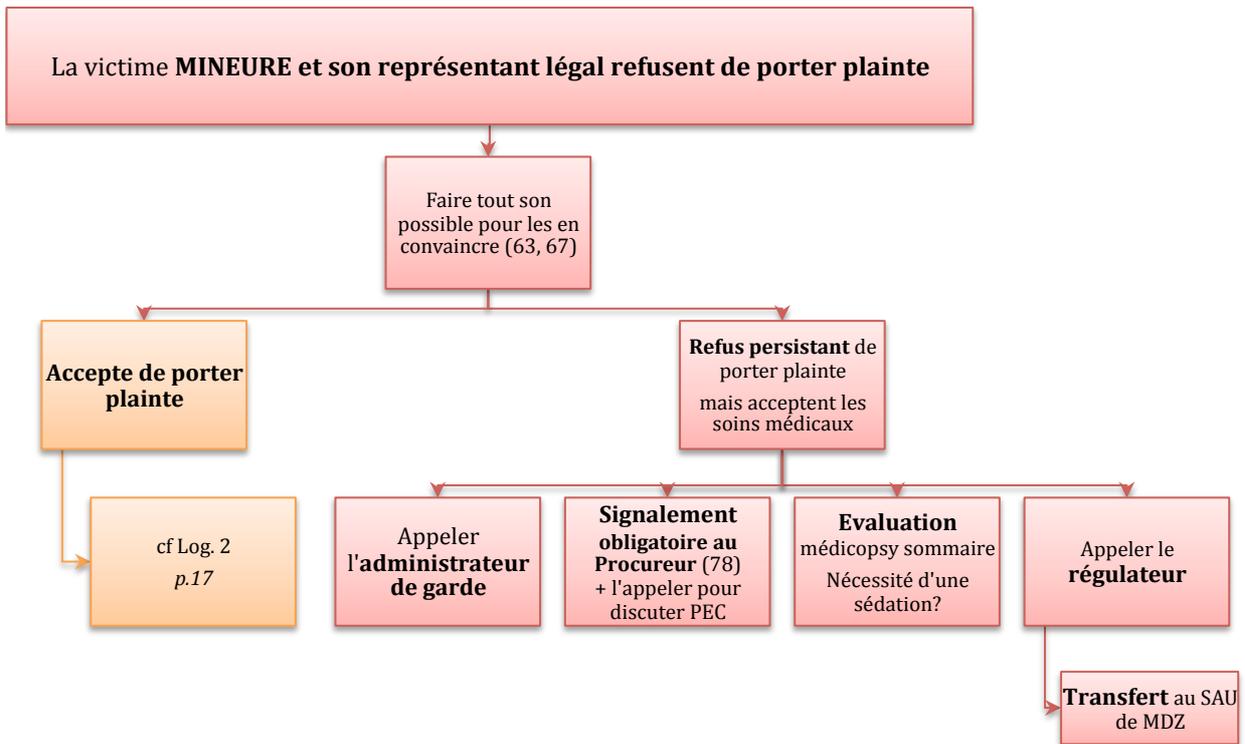
Faits datant de **moins de 5 jours (68)**

Ou **nécessité d'adresser au CHM :**

- procédure non ouverte avec impossibilité de l'ouvrir en périphérie
- victime en danger
- entourage défaillant.

**LA VICTIME D'AGS EST PRISE EN
CHARGE PAR UN MEDECIN SENIOR**

LOGIGRAMME N°4 :
LA VICTIME MINEURE ou son représentant légal REFUSE DE PORTER PLAINTE



Nota Bene : Etre en situation irrégulière peut dissuader les victimes de porter plainte. **RASSURER LA VICTIME+++**

ACCUEIL EN AMONT DES URGENCES
(dispensaire, médecine libérale, gynécologie, pédiatrie...)

HORS URGENCE MEDICO-PSYCHO-SOCIALE ET/OU LEGALE

Faits datant de **plus de 5 jours (68)**

ET procédure ouverte ou possibilité de le faire en dispensaire immédiatement

ET absence de lésions récentes risquant de disparaître

ET entourage soutenant

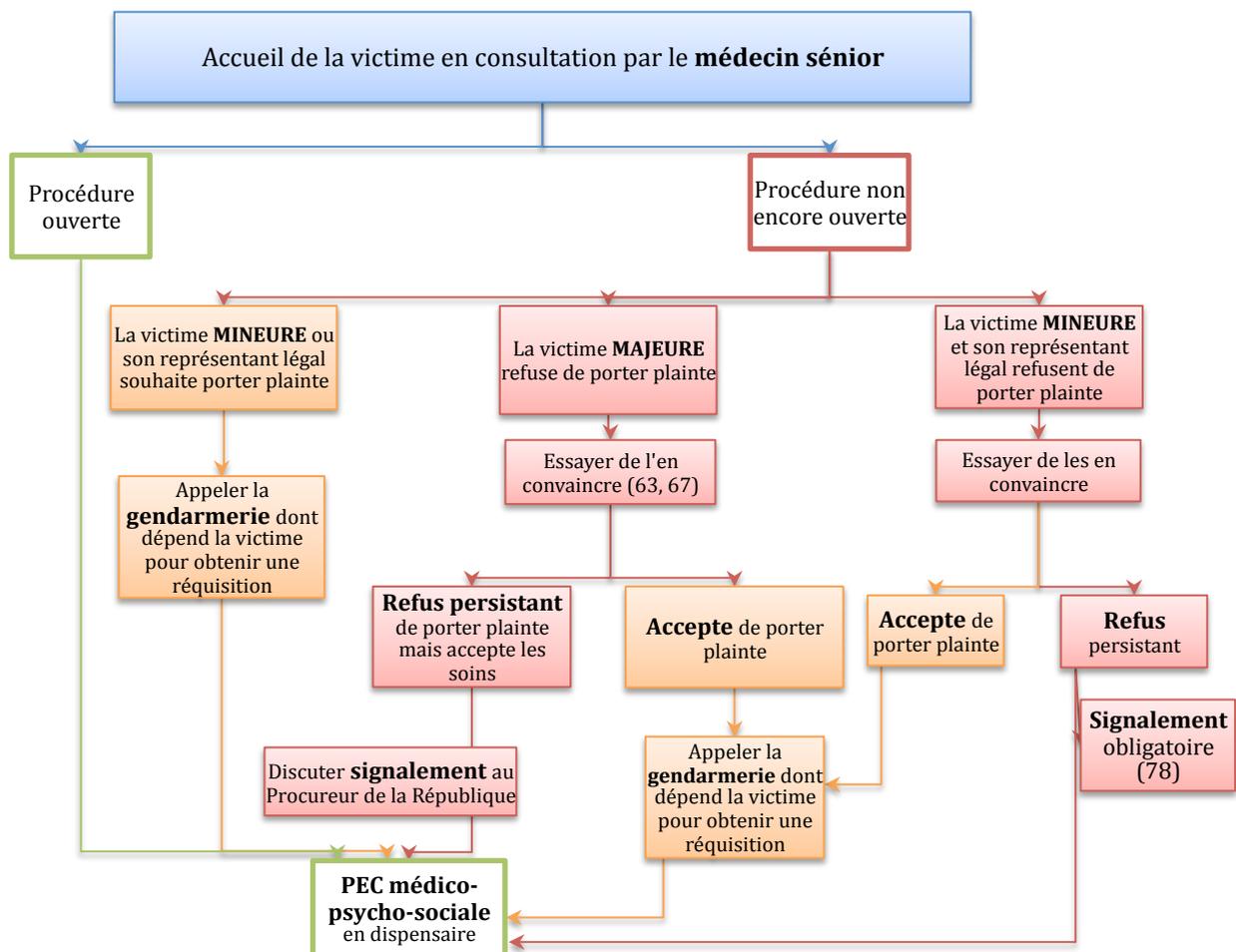
ET victime hors de danger

ET tous les soins médico-psychologiques nécessaires peuvent être dispensés en périphérie ou programmés sans urgence.

(Si une seule de ces conditions n'est pas remplie, se référer aux logigrammes « faits datant de moins de 5 jours ou urgence... »

**LA VICTIME D'AGS EST PRISE EN
CHARGE PAR UN MEDECIN SENIOR**

**LOGIGRAMME N°5 :
VICTIME MINEURE OU MAJEURE, HORS URGENCE**



Nota Bene : Etre en situation irrégulière peut dissuader les victimes de porter plainte. **RASSURER LA VICTIME+++**

**ACCUEIL d'une victime d'agression sexuelle
AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
DE MAMOUDZOU**

Logigramme 6 : La victime est **MAJEURE**

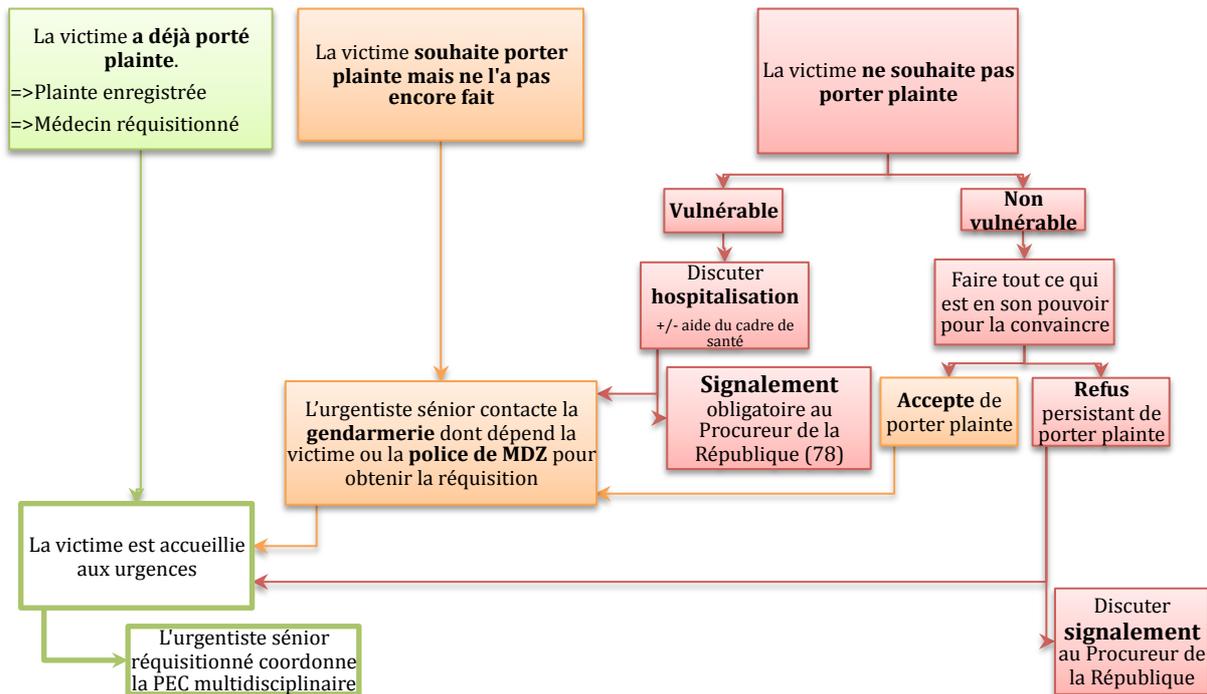
Logigramme 7 : La victime est **MINEURE**

Le chapitre « Accueil d'une victime d'agression sexuelle au SAU de Mamoudzou » contient 2 logigrammes distinguant la prise en charge du patient majeur et mineur. Chacun de ces logigrammes envisage les multiples situations auxquelles les soignants travaillant au service d'accueil des urgences de Mamoudzou doivent faire face en rappelant les points clés à ne pas oublier et les spécificités organisationnelles locales.

ACCUEIL AU SAU DE MDZ

LA VICTIME D'AGS EST PRISE EN CHARGE PAR UN MEDECIN SENIOR

LOGIGRAMME N°6:
LA VICTIME EST MAJEURE

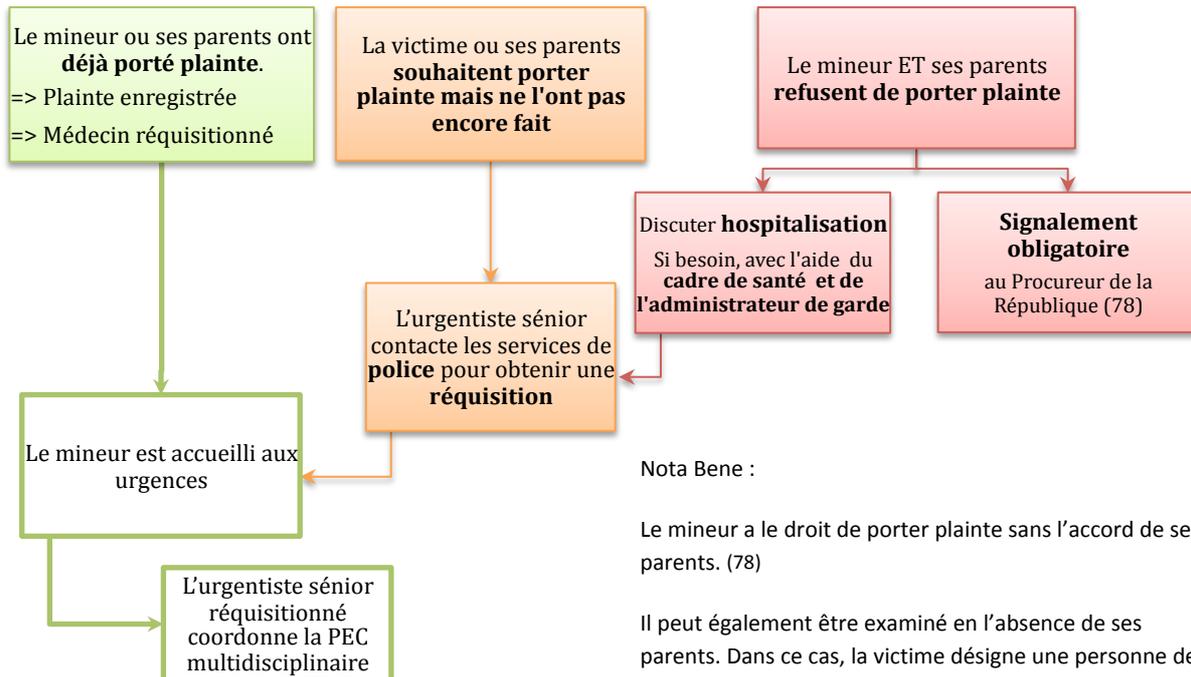


Nota Bene : Etre en situation irrégulière peut dissuader les victimes de porter plainte. **RASSURER LA VICTIME+++**

ACCUEIL AU SAU DE MDZ

**LA VICTIME D'AGS EST PRISE EN
CHARGE PAR UN MEDECIN SENIOR**

LOGIGRAMME N°7 :
LA VICTIME EST MINEURE



Nota Bene :

Le mineur a le droit de porter plainte sans l'accord de ses parents. (78)

Il peut également être examiné en l'absence de ses parents. Dans ce cas, la victime désigne une personne de confiance majeure qui l'accompagnera dans les démarches.

Nota Bene : Etre en situation irrégulière peut dissuader les victimes de porter plainte. **RASSURER LA VICTIME+++**

KIT AGS

Composition et mode d'emploi

- Kit Médico-légal
- Kit Médical

Le chapitre « Kit AGS : composition et mode d'emploi » se divise en 2 parties.

La première partie « Kit médico-légal » rappelle les pré-requis de médecine légale. Elle décrit l'ensemble du matériel nécessaire à la réalisation des prélèvements à visée judiciaire et son mode d'emploi. L'application d'un tel volet technique dans un SAU est très spécifique à Mayotte. En effet, l'absence d'UMJ sur l'île oblige le médecin généraliste ou urgentiste souvent peu aguerri à se substituer au médecin légiste le temps d'un examen.

La seconde partie « Kit médical » contient également un descriptif du matériel de prélèvements et son mode d'emploi. Elle a deux objectifs principaux :

- médical pur avec la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des risques infectieux et de grossesse ;
- épidémiologique en répertoriant les victimes et en organisant leur suivi.

KIT MEDICO-LEGAL

Prélèvements judiciaires

1. Composition :

- 3 paires de gants stériles de chaque taille (taille S, M, L)
- 1 masque chirurgical
- 1 charlotte
- 2 speculums à usage unique (1 vert et 1 rouge)
- 9 enveloppes en papier kraft aux formats A3, A4 et A5
- 2 flacons à urine pour la toxicologie
- 2 tubes NaF (gris) + 1 tube vert hépariné pour la toxicologie et alcoolémie
- 1 tube EDTA calcique (violet nacré avec gel) pour l'ADN de la victime
- 40 écouvillons secs pour les prélèvements ADN (chaque prélèvement est doublé)
- 8 flacons stériles à urine (rouge) pour les prélèvements ADN, salive, poils et ongles
- 20 dosettes de sérum physiologique
- 1 coupe-ongle à usage unique (apporté par police)
- 1 appareil photo numérique pour remise éventuelle de photos à l'autorité requérante (sous clés, dans coffre à toxiques SAUV)
- 2 modèles de certificat médical sous réquisition victime mineure/victime majeure
- 2 documents de signalement au Procureur : victime mineure/victime majeure

2. Mode d'emploi :

Tous les prélèvements sont :

- **remis à l'Officier de Police Judiciaire ayant requis le médecin**
- **scellés par les forces de l'ordre dans une enveloppe kraft double.**

Lorsque la victime se présente avec les vêtements portés pendant l'agression (60, 68, 79) :

- lui enlever le plus précautionneusement possible, mains gantées
- changer de paire de gants entre chaque vêtement
- un vêtement par enveloppe kraft, adapté à la taille (A3-A4-A5), et roulé pour protéger au mieux les parties souillées vers l'intérieur.

PRELEVEMENTS JUDICIAIRES (SCELLES) (60, 61, 80)

Le préleveur doit être muni de **gants stériles**, d'une **charlotte** et d'un **masque chirurgical** (éviter la contamination du prélèvement par l'ADN du préleveur).

Les prélèvements sont **guidés par l'interrogatoire** : pénétration vaginale, anale ou orale.

Prélever tous les sites si interrogatoire imprécis.

En cas de pénétration vaginale, prélèvement systématique du rectum (écoulement possible de sperme) (68).

Chaque prélèvement est fait en double pour une éventuelle contre-expertise.

Vêtements	Les conserver dans 1 enveloppe kraft Limiter au maximum les manipulations ou laisser faire les services de police ou de gendarmerie.
Viol sous soumission chimique (81) (69)	- Prélèvement sanguin : 2 tubes NaF (gris) - Prélèvement urinaire : 2 flacons stériles à urine (rouge) - Prélèvement de cheveux : 2 flacons stériles à urine (rouge) Bien noter les traitements habituels de la victime
ADN de la victime	Pour la distinction avec l'ADN de l'agresseur - Prélèvement sanguin : 1 tube EDTA calcique (violet)

Écouvillons secs sur les muqueuses.

Écouvillons humidifiés au sérum physiologique sur l'épiderme.

L'ensemble des écouvillons suivants doivent être séchés à l'air libre puis mis à l'abri de la lumière dans une enveloppe de papier kraft.

Ces prélèvements sont récupérés par l'officier de police judiciaire ayant requis le médecin.

Prélèvements buccaux	Recueillir 10 ml de salive dans 2 flacons stériles à urine (rouge). Puis faire 14 écouvillons : - 2 sur le palais - 2 sur la langue - 2 sous la langue - 2 sur les gencives des quatre hémi-arcades = 8
Prélèvements vaginaux	6 à 8 écouvillons : - 2 sur la face interne des petites lèvres - 2 sur les culs de sacs vaginaux - 2 dans la partie basse du vagin - 2 dans l'endocol si rapport > 48h
Prélèvements anaux	4 écouvillons : - 2 humidifiés sur la marge anale - 2 secs 3 à 4 cm en endo-rectal
Prélèvements cutanés et unguéaux	- 2 écouvillons humidifiés au sérum physiologique si éjaculation sur la peau, morsure ou léchage de la peau - couper les ongles courts et les recueillir dans 1 flacon stérile à urine (rouge) éléments biologiques de l'agresseur
Prélèvements pileux	Recueil dans 1 flacon stérile à urine (rouge) d' éléments pileux de couleur et de forme différente au niveau du pubis.

KIT MEDICAL

**PENSER AU MEOPA (systématique chez l'enfant)
OU AUTRE SEDATION POUR LES GESTES DOULOUREUX ET/OU INVASIFS**

1. Composition :

- Un Registre des patients pour la traçabilité
- Un livret « PEC des patients victimes de violences sexuelles »
- Un carnet de suivi patient (modalités du suivi et ordonnances nécessaires)
- Une check-list de fin de prise en charge
- Ordonnances dédiées aux prélèvements (sérologie, bactériologie) de la victime et de l'agresseur présumé
- Traitements médicamenteux (voir tableaux ci-dessous)
- 3 paires de gants stériles (taille S, M, L)
- 1 masque chirurgical
- 1 charlotte
- 2 speculums à usage unique (1 vert et 1 rouge)
- 1 écouvillon bactériologique avec gel de transport pour Gonocoque et Trichomonas
- 1 écouvillon de prélèvement Virocult pour recherche de mycoplasme
- 1 tube à ionogramme urinaire (beige) pour la PCR Chlamydia
- 1 tube sec avec gel (jaune) pour sérologies VHB, VHC, VIH, et β hCG
- 1 tube sec avec gel (jaune) pour sérologie syphilis
- 1 tube EDTA + 1 tube hépariné pour NFP, créatinine, transaminases et lipase
- Médicaments (détails infra) : Norlevo®, antirétroviraux, antibiotiques

2. Mode d'emploi :

Remplir le registre patient avec une étiquette ou Nom, Prénom et NIP pour la traçabilité et faciliter le suivi.

Utiliser le bon de prescription d'examen biologiques spécifique AGS.

Tous les prélèvements sont adressés au laboratoire du CHM.

Seront réalisés en urgence (délai 3h):

- les sérologies de l'agresseur présumé
- β hCG sérique et statut immun Hépatite B pour la victime.

Les résultats des examens sont centralisés et disponibles au CDAG.

**Si l'agresseur suspecté est connu, la loi peut l'obliger à se soumettre à un bilan IST
(62)**

PREVENTION DU VIH

Indications (57-74, 76-80, 82-85) :

Absence d'utilisation du préservatif pour tout ou partie de la pénétration
Dans **les 72 heures** suivant l'exposition
Selon le type d'exposition :

Exposition	Statut VIH sujet source	TPE	
		Non recommandé	Recommandé
Anale réceptive ou insertive	-	X	
	+		X
	Inconnu		X
Vagin-pénis réceptive ou insertive	-	X	
	+		X
	Inconnu		X
Orale réceptive avec éjaculation	-	X	
	+		X
	Inconnu	X si pas de lésion muqueuse	X si lésion muqueuse
Orale réceptive sans éjaculation	-	X	
	+	X	
	Inconnu	X	
Orale insertive avec ou sans éjaculation	-	X	
	+	X	
	Inconnu	X	

Prélèvements (86-89) : (laboratoire CHM)

- 2 tubes secs avec gel (jaune) pour sérologies VHB, VHC, VIH, syphilis
- NFS, créatinine, urée, ASAT/ALAT, amylase, lipase si traitement

Traitement (86, 90-92) : (kit AGS)

Le traitement **est délivré pour 3 jours**, à l'issue desquels le patient sera revu en consultation.

Prendre la 2^e dose le matin, quelque soit l'heure de la 1^e prise (même la nuit)

Hors heures d'ouverture de la pharmacie, **pour les formes buvables, contacter le pharmacien d'astreinte : 06-39-69-13-95 / Codé : 70 138**

Enfant < 2 ans ou < 15kg	1) Viramune [®] sol buv	4 mg/kg le matin
	2) Epivir [®] sol buv	4 mg/kg matin et soir
	3) Rétrovir [®] sol buv	8-9kg : 12 mg/kg matin et soir 9-15kg : 9 mg/kg matin et soir
Enfant > 2ans ou > 15kg	1) Kalétra [®] sol buv	10mg/kg matin et soir
	2) Combivir [®]	15-21kg : ½ cp matin et ½ cp soir 21-30kg : ½ cp matin et 1 cp soir
	OU, si l'enfant refuse de prendre les comprimés	
	1) Kalétra [®] sol buv	10mg/kg matin et soir
	2) Epivir [®] sol buv	4 mg/kg matin et soir
Adulte	3) Rétrovirus [®] sol buv	9 mg/kg matin et soir
	1) Kalétra [®] 200mg/50mg	2 cp matin et 2 cp soir
	2) Truvada [®]	1 cp matin au cours du repas

Suivi (86-89) : (carnet suivi patient AGS)

Sérologies à M1, M3, M4, M6 selon logigrammes « suivi risque VIH »

Si ARV, surveillance des effets secondaires et de la toxicité (carnet de suivi)

PREVENTION DU VHB - VHC

Indications (82, 93, 94) :

Pénétration (anale ou vaginale) sans préservatif pour tout ou partie de la pénétration
 Contact oral-anal
 Absence d'immunité contre l'hépatite B
 Dans **les 72 heures** suivant l'exposition
 Selon le statut de la personne source et de la personne exposée :

Statut pour le VHB de la personne exposée	Statut de la personne source		
	+	-	Inconnu (considérer groupe à risque élevé)
Vacciné répondeur	Rien	Rien	Rien
Vacciné non répondeur	Ig	Rien	Ig
Non vacciné ou inconnu	Ig + Vaccin	Rien	Ig + Vaccin
Non immunisé	Ig + Vaccin	Rien	Ig + Vaccin

Prélèvements (95) : (laboratoire CHM)

- 2 tubes secs avec gel (jaune) pour sérologies VIH, VHB, VHC, syphilis

Traitement (84, 93, 94) : (kit AGS)

En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie : pour les immunoglobulines (attention traçabilité car médicament dérivé du sang) **contacter le pharmacien d'astreinte : 06-39-69-13-95 ou Codé : 70138**

Enfant	Immunoglobulines :	30 UI/kg à J0 et M1
	Vaccin :	dose enfant à J0, M1 et M6.
Adulte	Immunoglobulines :	500 UI à J0 et M1
	Vaccin :	dose adulte à J0, M1 et M6.

Suivi (82, 84, 93) : (carnet suivi patient AGS)

Sérologies :	A M1, M3, M6 selon logigrammes « suivi risque VHB »
Traitement :	Immunoglobulines : 2 ^e injection à M1
	Vaccin : rappel à M1 et M6

IL N'EXISTE PAS DE TRAITEMENT POST-EXPOSITION POUR LE VHC

PREVENTION DES INFECTIONS BACTERIENNES

Indications :

Pénétration vaginale et/ou anale et/ou orale

Prélèvements (56, 96, 97) : (laboratoire CHM)

- 1 écouvillon bactériologique avec gel de transport pour Gonocoque, Trichomonas (98)
- 1 tube à ionogramme urinaire (beige) pour la PCR Chlamydia (54, 97, 99-102)
- 1 écouvillon de prélèvement Virocult pour Mycoplasme (59)
- 2 tubes secs avec gel (jaune) pour sérologies VHB, VHC, VIH, syphilis (42, 84, 93, 95, 97)

Traitement (44, 80, 82, 96) : (kit AGS)

IST	Poids ou âge	Traitement
<i>Chlamydiae</i> <i>Et Mycoplasme</i> (51, 54, 103-105)	< 45kg	Azithromycine : 15mg/kg per os, prise unique
	> 45kg, adulte	Azithromycine : 1g per os, prise unique
<i>Gonocoque</i> (98, 106, 107)	< 45kg	Ceftriaxone : 125mg IM/IV dose unique
	> 45kg, adulte	Ceftriaxone : 250mg IM/IV, prise unique
<i>Trichomonas</i> (108, 109)	< 45kg	Métronidazole : 5mk/kg/jour per os en 4 prises, 14 jours.
	> 45kg, adulte	Métronidazole : 2g per os, prise unique
<i>Syphilis</i> (82, 110 - 112)	< 48kg	Benzathine benzylpenicilline* : 50 000UI/kg IM, dose unique
	> 48kg, adulte	Benzathine benzylpenicilline* : 2 400 000 UI IM, dose unique

* *Extencilline® dotation des urgences / stockée au réfrigérateur.*

Suivi : (carnet suivi patient AGS)

PCR Chlamydia à M1 (51, 54)

PREVENTION D'UNE GROSSESSE (82, 113 - 115)

Indications :

Agression sexuelle < 72 heures
BhCG urinaires +/- plasmatiques négatifs
Absence de contraception efficace et bien prise
Viols vaginaux, anaux ou éjaculations vulvaires

Prélèvements : (laboratoire CHM)

- BhCG urinaires
- 1 tube hépariné (vert) pour β HCG sériques

Traitement : (kit AGS)

NORLEVO® 1,5 mg : 1 cp prise unique	Attention efficacité moindre si poids > 80 kg. Effets secondaires : nausées, vomissements, céphalées, douleurs abdominales, vertiges, tension mammaire
--	---

Suivi : (carnet suivi patient AGS)

Si risque de grossesse, contrôle des hg plasmatiques à partir de J7 ou urinaires à partir de J10 selon protocole « suivi du risque infectieux et de grossesse »

Nota Bene : Les hg apparaissent

- dans la circulation sanguine, 7 jours après le rapport fécondant (implantation de l'œuf)
- dans les urines, à partir de 10 jours.

MEDICAMENTS ANNEXES (82)

Indications :

Selon les besoins MAIS A NE PAS NEGLIGER

Ordonnances :

- Prescription libre dans le carnet suivi patient AGS

Traitements :

Sérothérapie et vaccination anti-tétaniques
Antalgiques
Antiseptiques locaux
Anxiolytiques de courte durée d'action
...

ORDONNANCES

Indications :

Cf infra

Ordonnances laboratoire : Prélèvements : (laboratoire CHM)

- Sérologies : VIH, VHB, VHC, syphilis victime/agresseur présumé
- Bactériologie : chlamydia, gonocoque, trichomonas victime/agresseur présumé
- βhCG victime
- Bilan pré-thérapeutique victime/agresseur présumé

Ordonnances pharmacie : Traitements :

- Immunoglobulines VHB + vaccin VHB
- Immunoglobulines tétanos + vaccin tétanos
- Antirétroviraux (ordonnances dans carnet suivi patient AGS)

Suivi :

Cf logigrammes « suivi des risques » et chronologie du suivi dans carnet suivi patient AGS

OUTILS DE PEC MEDICO-LEGALE

Modèles de rapports de réquisition judiciaire (60, 61, 82)

- Rapport de réquisition judiciaire - victime majeure
- Rapport de réquisition judiciaire - victime mineure

Le chapitre « Outils de PEC médico-légale » contient les 2 modèles de rapports de réquisition judiciaire pour les victimes majeures et mineures. En l'absence d'autorité requérante, ces documents peuvent également servir de certificat médical initial à remettre au patient.

Ils sont volontairement très détaillés pour guider le médecin généraliste, urgentiste ou spécialiste sans qualification en médecine légale. L'examen clinique (interrogatoire et examen physique) systématique est déroulé progressivement afin d'éviter toute omission.

**CENTRE
HOSPITALIER
DE MAYOTTE**
Rue de l'hôpital
97600 Mamoudzou

**RAPPORT DE REQUISITION JUDICIAIRE
D'UNE PERSONNE MAJEURE
VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE**

Je soussigné(e),

Dr

Prête serment d'apporter mon concours à la justice
en mon honneur et conscience

Certifie avoir examiné

M/Mme/Melle.....

né(e) le.....à.....

demeurant.....

.....

Cet examen a eu lieu sur réquisition de :

.....

.....

le.....à.....h.....

en présence de.....

.....

.....

dans la structure

LES DIRES :

Situation personnelle :

Antécédents :

Médicaux :		Chirurgicaux :	
Mode de contraception :			
<input type="checkbox"/> Pilule	<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Contraception injectable	<input type="checkbox"/> Préservatif	<input type="checkbox"/> Définitive	<input type="checkbox"/> Aucune
Obstétriques/menstruations			
Date des dernières règles (JJ/MM/AAAA)		Avait ses règles pendant l'agression	
Signes de grossesse : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Grossesse connue : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, terme : __ __ SA	
Antécédents obstétriques :			
Derniers rapports sexuels consentis au cours de la semaine précédent l'agression (si prélèvements pour tests ADN)			
Date (JJ/MM/AAAA)		Identité du partenaire	
Allergies :			
Traitements habituels :			
Statut sérologique :			
Tétanos :			
VHB :			
VHC :			
VIH :			

Commémoratif des faits :

Date de l'agression :

Heure de l'agression :

Description de l'agression (*telle que rapportée par la victime*)

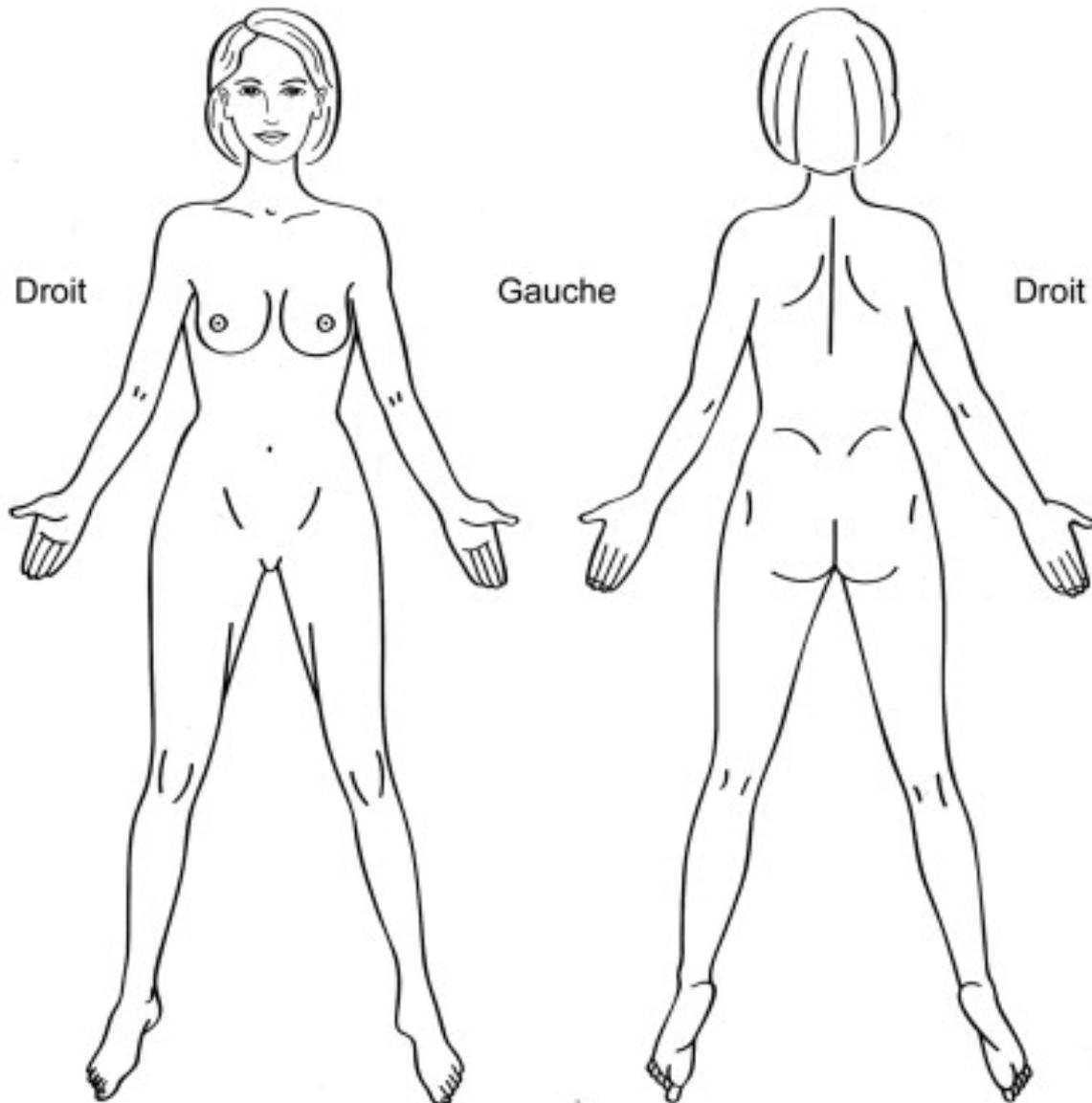
Violence physique	OUI	NON	Description		
Type (coups, morsures, cheveux tirés...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sous la contrainte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Utilisation d'armes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sous l'emprise d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pénétration	OUI	NON	Ne sait pas	Description (orale, vaginale, anale, objet utilisé)	
Pénis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre (préciser si possible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	OUI	NON	Ne sait pas	Description (orale, vaginale, anale, cutanée)	
Ejaculation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Régions du corps léchées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Après l'agression, la victime	OUI	NON		OUI	NON
A vomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'est rincé la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A uriné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A changé de vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A déféqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'est lavée ou baignée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'est lavé les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A utilisé un tampon/serviette hygiénique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doléances :

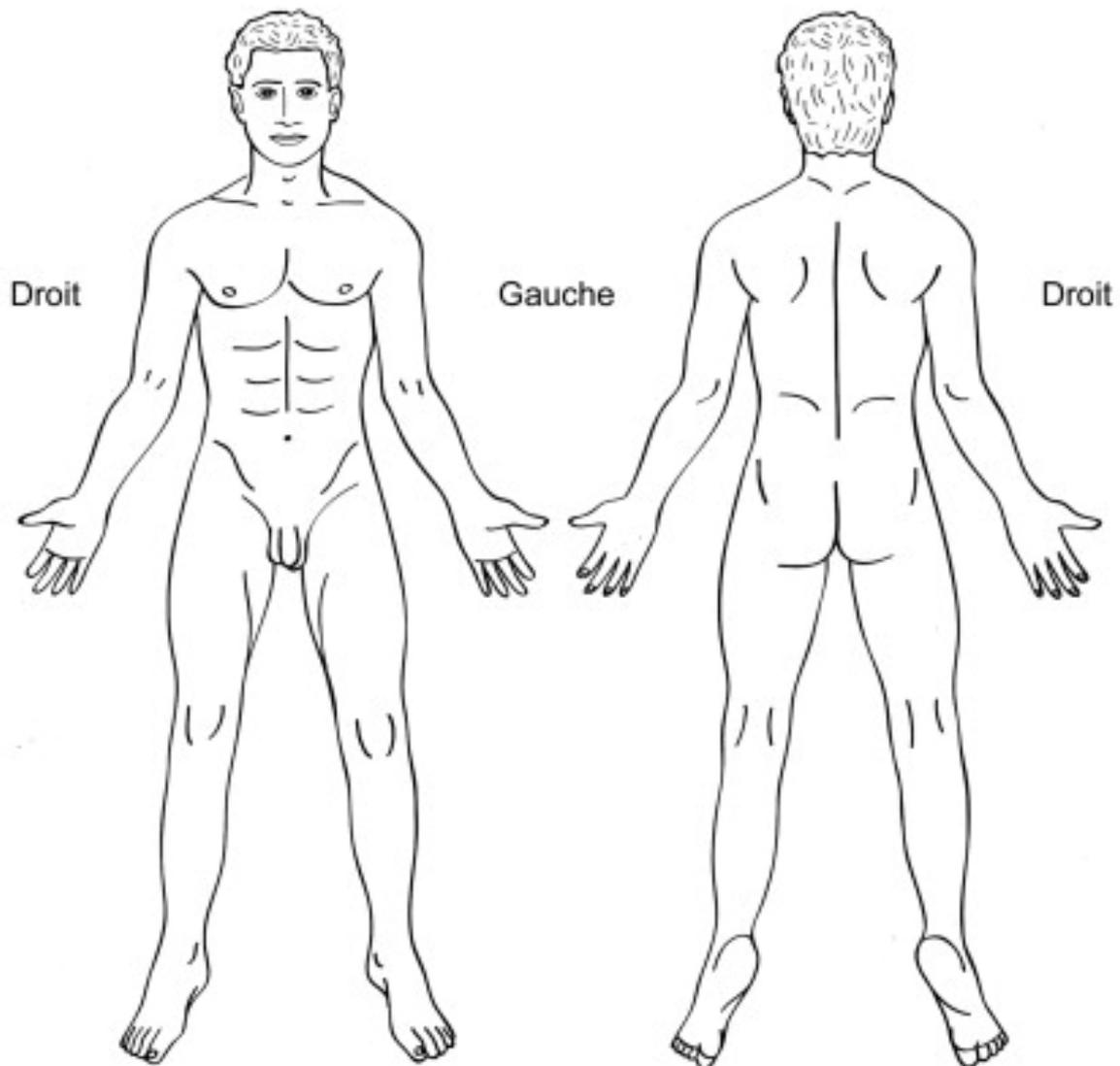
DIRES D'UN TIERS :

EXAMEN GENERAL : Schéma

FEMME :



HOMME :

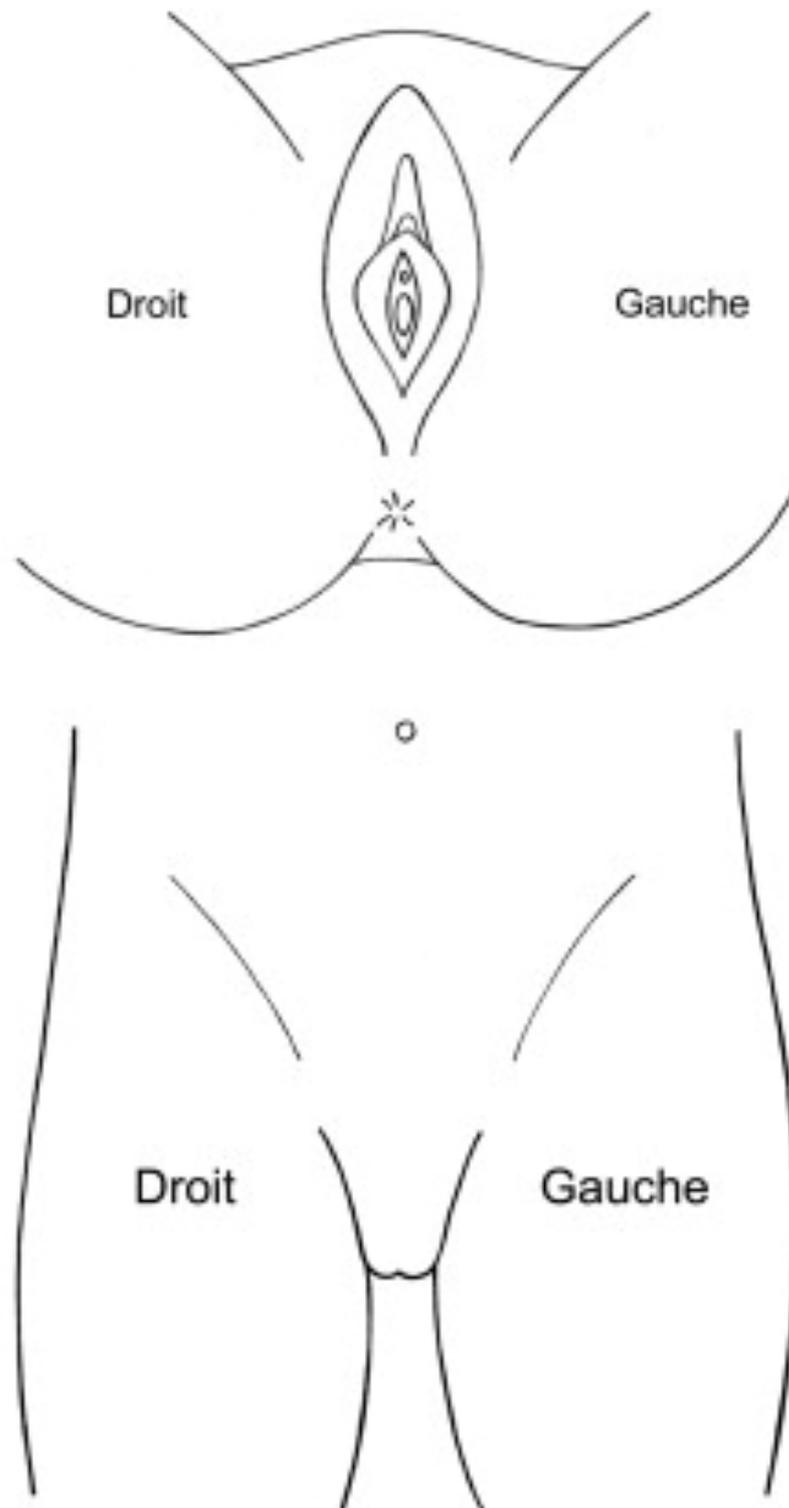


EXAMEN GENERAL : Descriptif

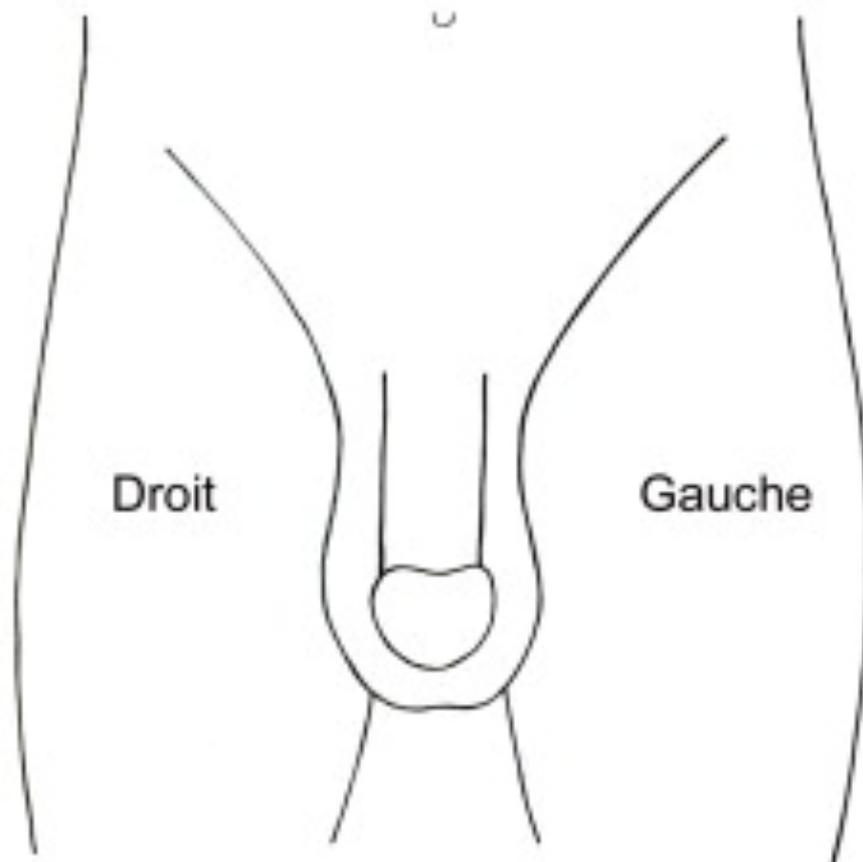
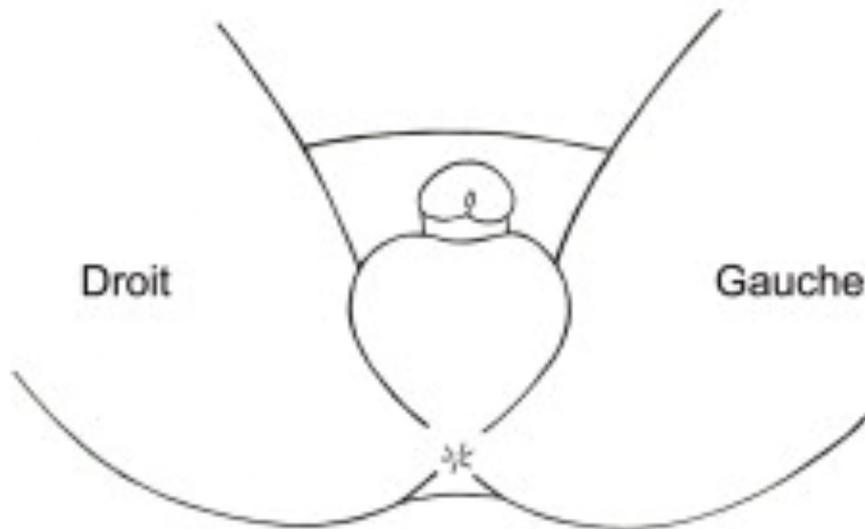
Apparence : <i>(Tenue vestimentaire, cheveux, handicap mental ou physique manifeste, autre...)</i>	
Etat mental : <i>(calme, en pleurs, anxieux, déprimé, autre...)</i>	
Poids :	Taille :
Pouls :	Pression artérielle :
	Température :
<p><u>Relevés physiques :</u> <i>Toujours expliquer à la victime ce qui va être fait et obtenir son consentement. Ne jamais demander à la victime de se déshabiller complètement. Décrire de façon systématique et dessiner sur les schémas joints l'emplacement exact des blessures, ecchymoses, pétéchies, marques... Décrire localisation, type, taille, couleur, forme, direction/sens, contenu, âge, pourtour, profondeur, état des zones contiguës. Se limiter à une description sans essayer d'interpréter.</i></p>	
Tête et visage :	Bouche :
Yeux :	Nez :
Oreilles :	Cou :
Poitrine :	Dos :
Abdomen :	Fesses :
Membres supérieurs :	Membres inférieurs :

EXAMEN ANO-GENITAL : Schéma

FEMME :



HOMME :



EXAMEN ANO-GENITAL : Descriptif

Vulve/scrotum

Hymen :

Anus :

Vagin/pénis :

Col de l'utérus :

Examen endo-vaginal :

CONCLUSION :

	OUI	NON
Traces de violences ano-génitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres traces de violences sur le reste du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violences infligées par un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violences de mécanisme accidentel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violences auto-infligées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traces de défloration récentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constatations objectives compatibles avec les dires de la victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **L'ITT au sens pénal** est de.....jours.
- **L'arrêt de travail** est dejours.

Dr.....

**CENTRE
HOSPITALIER
DE MAYOTTE**

Rue de l'hôpital
97600 Mamoudzou

**RAPPORT DE REQUISITION JUDICIAIRE
D'UNE PERSONNE MINEURE
VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE**

Je soussigné(e),

Dr

Prête serment d'apporter mon concours à la justice
en mon honneur et conscience

Certifie avoir examiné

L'enfant.....

né(e) le.....de sexe.....

demeurant.....

.....

Fils ou fille de :

Mère :

Née le :

Et Père :

Né le :

Cet examen a eu lieu sur réquisition de :

.....

.....

le.....à.....h.....

en présence de.....

.....

dans la structure.....

LES DIRES :

Situation personnelle :

Antécédents :

Médicaux :		Chirurgicaux :	
Stade pubertaire de Tanner :		Fille S__ P__	Garçon G__ P__
Mode de contraception :			
<input type="checkbox"/> Pilule	<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> Implant	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Contraception injectable	<input type="checkbox"/> Préservatif	<input type="checkbox"/> Définitive	<input type="checkbox"/> Aucune
Obstétriques/menstruations			
Date des dernières règles (JJ/MM/AAAA)		Avait ses règles pendant l'agression	
Signes de grossesse : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Grossesse connue : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Antécédents obstétriques :		Si oui, terme : __ __ SA	
Derniers rapports sexuels consentis au cours de la semaine précédent l'agression (si prélèvements pour tests ADN)			
Date (JJ/MM/AAAA)		Identité du partenaire	
Allergies :			
Traitements habituels :			
Statut sérologique :			
Tétanos :			
VHB :			
VHC :			
VIH :			

Commémoratif des faits :

Date de l'agression :

Heure de l'agression :

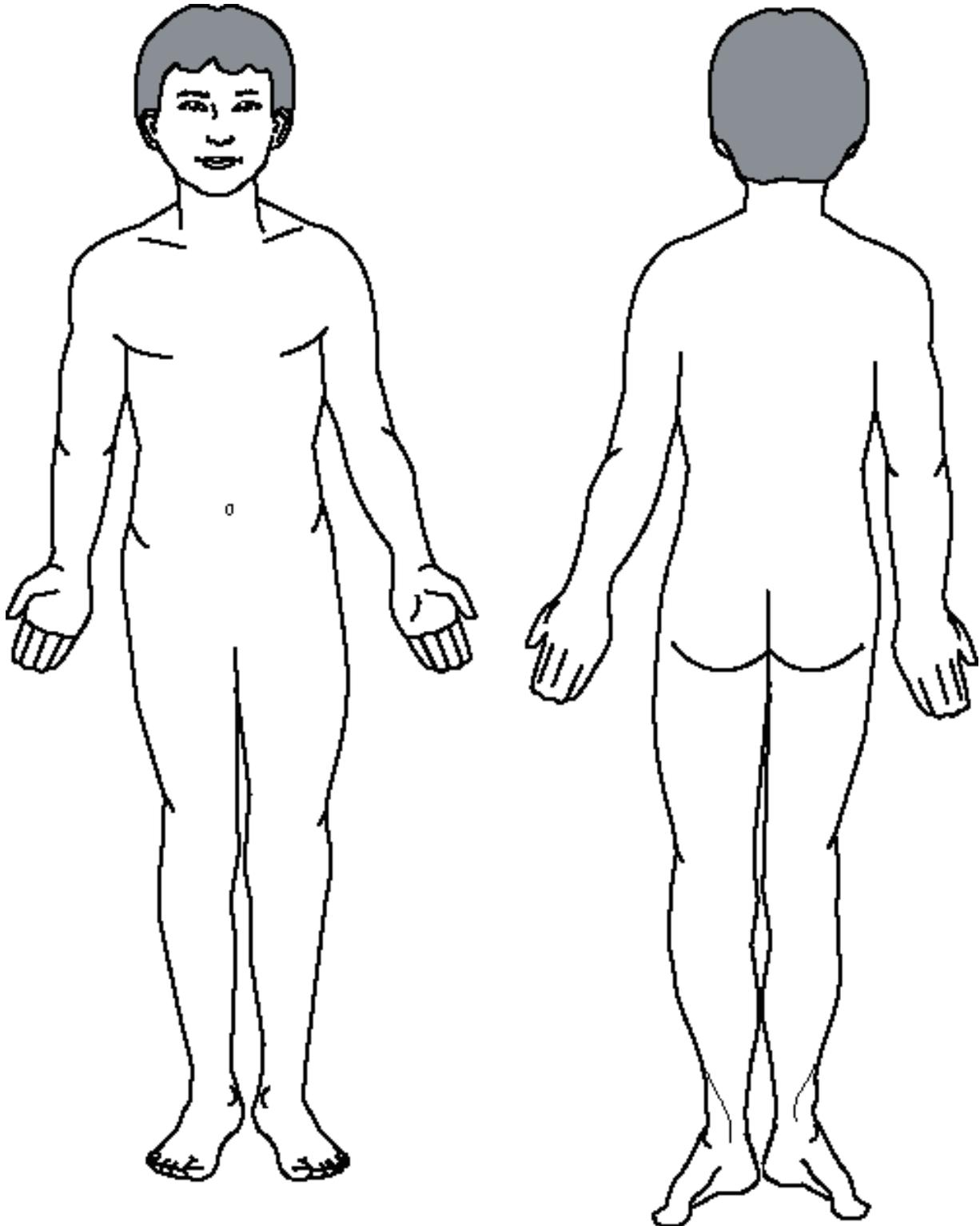
Description de l'agression : *(telle que rapportée par la victime)*

Violence physique	OUI	NON	Description		
Type (coups, morsures, cheveux tirés...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sous la contrainte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Utilisation d'armes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sous l'emprise d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pénétration	OUI	NON	Ne sait pas	Description (orale, vaginale, anale, objet utilisé)	
Pénis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre (préciser si possible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	OUI	NON	Ne sait pas	Description (orale, vaginale, anale, cutanée)	
Ejaculation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Préservatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Régions du corps léchées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Après l'agression, la victime	OUI	NON		OUI	NON
A vomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'est rincé la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A uriné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A changé de vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A déféqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'est lavée ou baignée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'est lavé les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A utilisé un tampon/serviette hygiénique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doléances :

DIRES D'UN TIERS :

EXAMEN GENERAL : Schéma

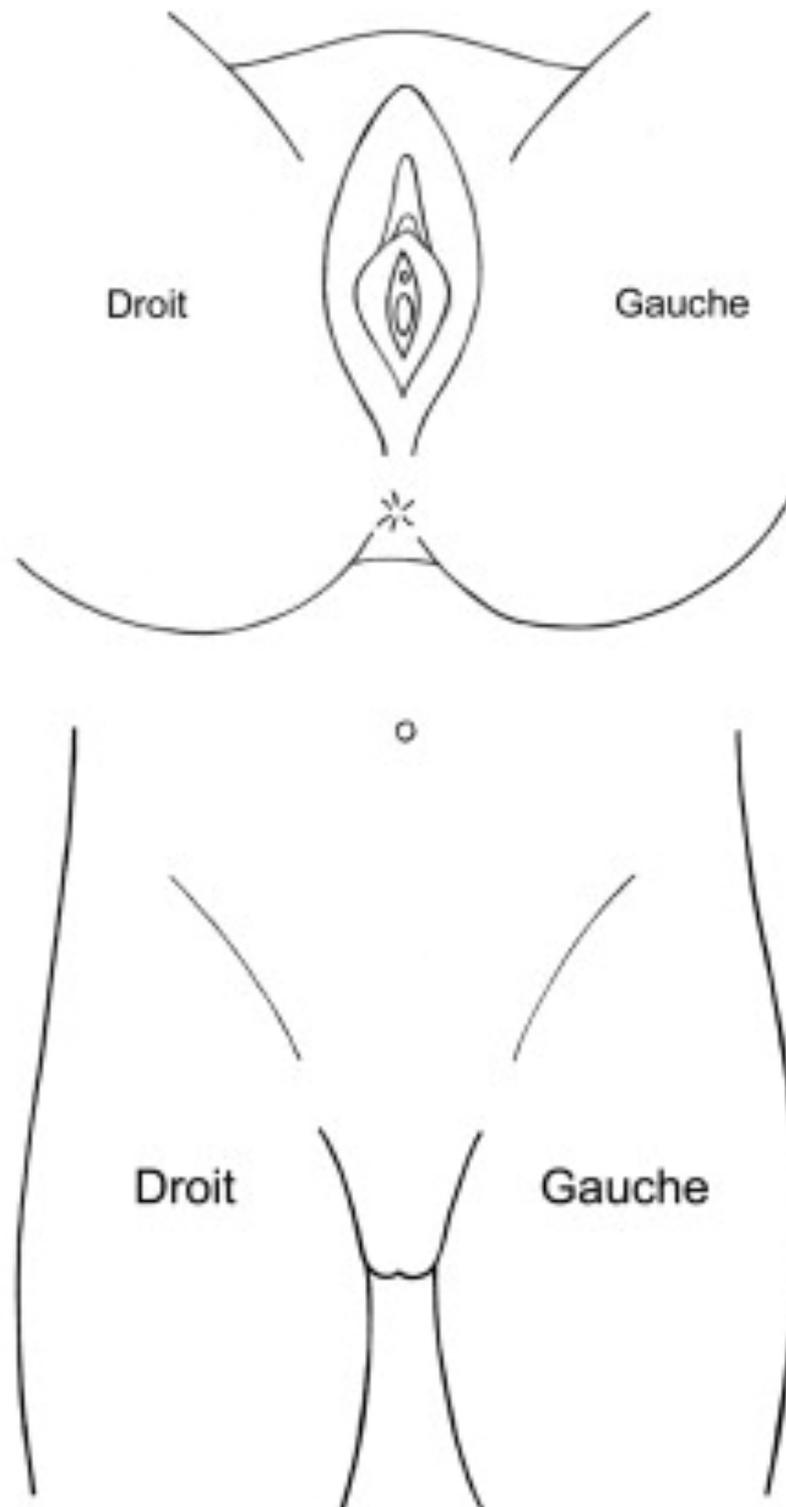


EXAMEN GENERAL : Descriptif

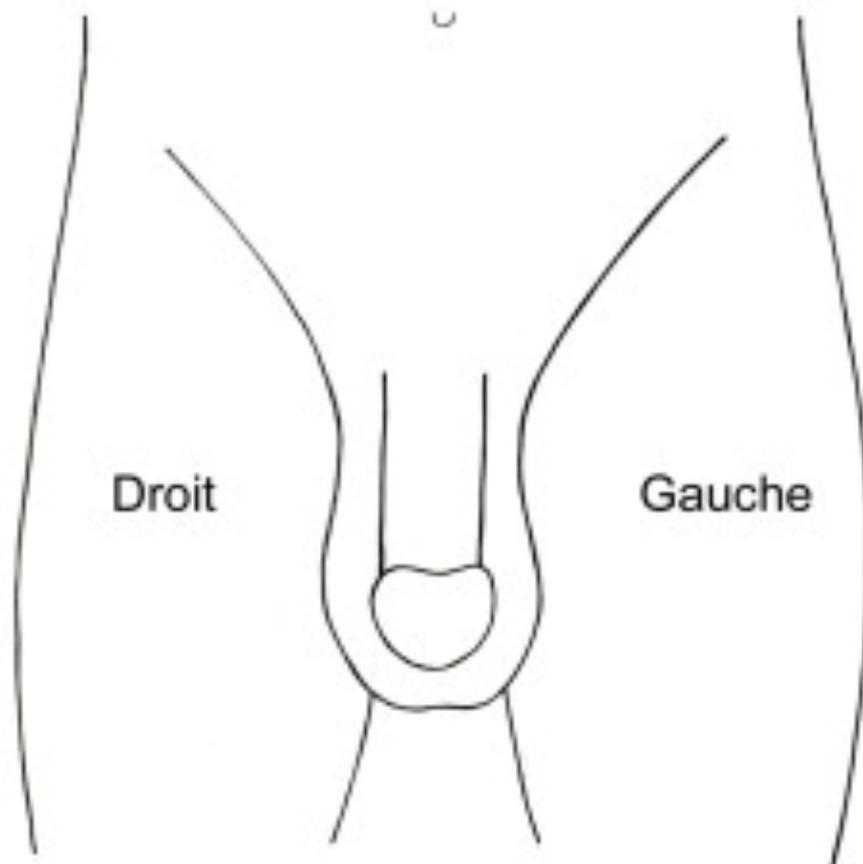
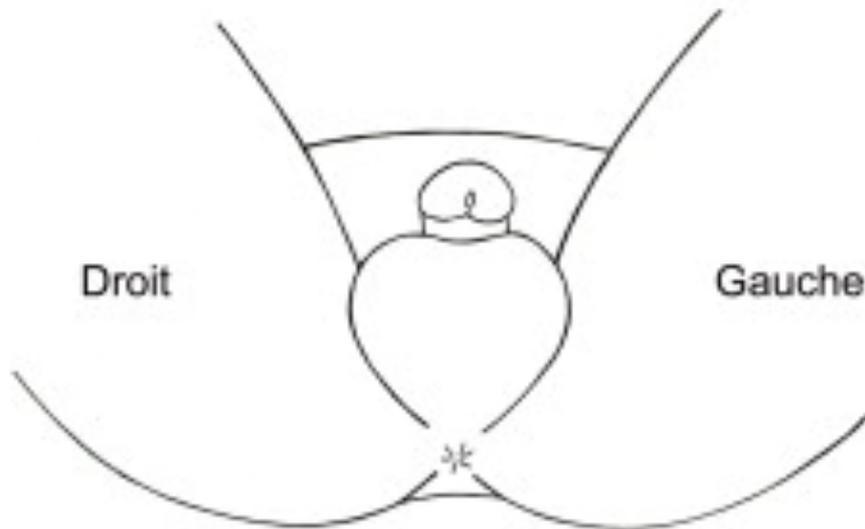
Apparence (Tenue vestimentaire, cheveux, handicap mental ou physique manifeste, autre...) :	
Etat mental : (calme, en pleurs, anxieux, déprimé, autre...)	
Poids :	Taille :
Pouls :	Pression artérielle :
	Température :
<p><u>Relevés physiques :</u> <i>Toujours expliquer à la victime ce qui va être fait et obtenir son consentement. Ne jamais demander à la victime de se déshabiller complètement. Décrire de façon systématique et dessiner sur les schémas joints l'emplacement exact des blessures, ecchymoses, pétéchies, marques... Décrire localisation, type, taille, couleur, forme, direction/sens, contenu, âge, pourtour, profondeur, état des zones contiguës. Se limiter à une description sans essayer d'interpréter.</i></p>	
Tête et visage :	Bouche :
Yeux :	Nez :
Oreilles :	Cou :
Poitrine :	Dos :
Abdomen :	Fesses :
Membres supérieurs :	Membres inférieurs :

EXAMEN ANO-GENITAL : Schéma

FILLE :



GARCON :



EXAMEN ANO-GENITAL : Descriptif

Vulve/scrotum

Hymen :

Anus :

Vagin/pénis :

Col de l'utérus :

Examen endo-vaginal :

CONCLUSION :

	OUI	NON
Traces de violences ano-génitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres traces de violences sur le reste du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violences infligées par un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violences de mécanisme accidentel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violences auto-infligées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traces de défloration récentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constatations objectives compatibles avec les dires de la victime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **L'ITT au sens pénal** est de.....jours.
- **L'arrêt de travail** est dejours.

Dr.....

OUTILS DE PEC MEDICO-SOCIALE

Fiches de signalement/information préoccupante

- Formulaire information préoccupante majeur
- Formulaire Bass information préoccupante/signalement mineur

Le chapitre « Outils de PEC médico-sociale » regroupe les deux exemples de formulaires :

- « formulaire information préoccupante » pour les victimes majeures
- « fiche information préoccupante/signalement » de la cellule *Bass maltraitance !* de l'Aide sociale à l'enfance, pour les victimes mineures.

Ces documents permettent au soignant de première ligne d'amorcer une prise en charge sociale et éventuellement judiciaire pour les patients souvent désarmés. Ils ont aussi un rôle médico-légal et déontologique. En effet, en cas de refus de déposer plainte, les sévices sur mineur doivent toujours faire l'objet d'un signalement au Procureur de la République. En cas d'agression sur un adulte non vulnérable, la décision de signalement est laissée au médecin prenant en charge le patient. L'article 40 du Code de procédure pénale autorise le médecin à signaler l'information préoccupante au Procureur de la République, s'il estime la victime majeure en danger (67). Cela ne débouche pas nécessairement sur une procédure.

ORIGINE DE L'INFORMATION

Organisme :
Service :
Nom :
Prénom :
Tél :
Fonction/Qualité

INFORMATION PREOCCUPANTE

Envoyée le : **A M. Le Procureur de la République**
...../...../20..... Tél : 02 69 61 91 75
Fax : 02 69 61 19 63 GSM : 06 39 09 80 75
Envoyée le : **Au Service social**
...../...../20..... Tél : 02 69 61 86 39
Fax : 02 69 61 86 35 36 40 ou 36 41

❖ IDENTITE DE L'ADULTE VULNERABLE :

Nom : Prénom : Féminin Masculin
Surnom : Né(e) le : Né(e) à :
Adresse/lieu de résidence habituel de l'adulte vulnérable :
Autre lieu d'hébergement connu :
Téléphone :
Cette personne a-t-elle déjà fait l'objet d'une information préoccupante ? OUI NON
L'information concerne-t-elle plusieurs personnes du même foyer ? OUI NON
(Si oui, transmettez une fiche par personne concernée au nom et prénom de celle-ci)

❖ PERSONNE RESPONSABLE DE L'ADULTE VULNERABLE, si désignée :

Nom : Prénom :
Téléphone : Responsabilité légale : OUI NON
Adresse :

❖ MOTIFS DE L'INFORMATION PREOCCUPANTE :

Indiquez ici, selon les éléments dont vous disposez :

Contexte de la situation :

Signature du professionnel informant

Indicateurs de danger :

Faits observés :

Propos recueillis : (en précisant auprès de qui)

Événement déclencheur de votre intervention :

Mesures d'accompagnement ou de prévention en cours ou réalisées :

 **PROPOSITIONS D' ACTIONS :** *(facultatif)*

Formulez les mesures d'accompagnement ou de protection qui vous semblent envisageables :

Signature du professionnel informant :



Rappel : L'adulte lui-même, le tuteur ou la personne responsable de l'adulte vulnérable doivent, chaque fois que possible, être informés au préalable de la transmission d'une information préoccupante, sauf si les informer apparaît contraire à l'intérêt de l'adulte vulnérable

AUTRES PERSONNES PRESENTES AU DOMICILE DE L'ADULTE CONCERNE :

Noms	Prénoms	Mineure	Majeure	Lien de parenté avec l'adulte vulnérable	
				OUI	NON
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du professionnel informant :



Rappel : L'adulte lui-même, le tuteur ou la personne responsable de l'adulte vulnérable doivent, chaque fois que possible, être informés au préalable de la transmission d'une information préoccupante, sauf si les informer apparaît contraire à l'intérêt de l'adulte vulnérable

◆ ◆ ◆ **RECUEIL D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** ◆ ◆ ◆

(Partie facultative)

Les informations demandées ci-après permettent d'améliorer la réponse de la cellule Bass Maltraitance et favorisent la construction de références communes aux différents acteurs du territoire.

Elles participent également à l'élaboration de statistiques anonymes.

La présente fiche est proposée au professionnel qui reste propriétaire de ses écrits et détermine les éléments nécessaires à la compréhension de la situation de danger et à l'intervention de la cellule Bass Maltraitance.

Indiquez ci-après les informations dont vous disposez actuellement, sans investigation supplémentaire. Elles seront complétées lors de l'évolution le cas échéant.

◆ **SITUATION SOCIALE DE L'ADULTE VULNERABLE**

L'adulte vulnérable est-il en situation :

régulière irrégulière

L'adulte vulnérable est-il :

étudiant sans emploi actif retraité

Estimation de ses revenus mensuels :

La situation vécue par l'adulte vulnérable fait apparaître de possibles crimes/délits à son encontre :

Une plainte a-t-elle été déposée ? OUI NON

Si oui, auprès de quels services : Police Nationale Gendarmerie de.....

L'association d'aide aux victimes a-t-elle été contactée ? OUI NON

Signature du professionnel informant :



Rappel : L'adulte lui-même, le tuteur ou la personne responsable de l'adulte vulnérable doivent, chaque fois que possible, être informés au préalable de la transmission d'une information préoccupante, sauf si les informer apparaît contraire à l'intérêt de l'adulte vulnérable

**FICHE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES
CONCERNANT UN MINEUR EN DANGER OU RISQUANT DE L'ÊTRE**
A l'usage des professionnels de l'action éducative, sanitaire et sociale
(Signature en page 2 & 3)



<p><u>ORIGINE DE L'INFORMATION</u></p> <p>Organisme : _____</p> <p>Service : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Tél : _____</p> <p>Fonction / Qualité : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> INFORMATION PREOCCUPANTE</p> <p>Envoyée le : _____ à la cellule Bass Maltraitance</p> <p>Fax : 02 69 64 32 99 Tél : 06 39 09 08 08 (astreinte)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> COPIE DU SIGNALEMENT</p> <p>Envoyé le : _____ à M. le procureur de la République</p> <p>Fax : 02 69 61 19 63 Tél : 02 69 61 91 75</p>
---	--

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Féminin Masculin

Surnom : _____ Né(e) le : _____ Né(e) à : _____

Adresse / lieu de résidence habituelle du mineur : _____

Autre lieu d'hébergement connu : _____

Téléphone : _____

Cet enfant a-t-il déjà fait l'objet d'une information préoccupante ? OUI NON

L'information concerne-t-elle plusieurs enfants d'une fratrie / d'un foyer ? OUI NON

(Si oui, transmettez une fiche par enfant au nom et prénom de celui-ci)

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT

◆ **LE PÈRE** Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

◆ **LA MÈRE** Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

◆ **Si un autre adulte prend en charge l'enfant actuellement, précisez ici :**

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Responsabilité : légale de fait

Adresse : _____

FICHE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES A LA CRIP BASS MALTRAITANCE

MOTIFS DE L'INFORMATION PREOCCUPANTE (SUITE) :

PROPOSITIONS D' ACTIONS (FACULTATIF)

FORMULEZ LES MESURES D' ACCOMPAGNEMENT OU DE PROTECTION QUI VOUS SEMBENT ENVISAGEABLES :

Signature du professionnel informant :



Rappel : Les parents, tuteurs ou personnes exerçant l'autorité parentale doivent, chaque fois que possible, être informés au préalable de la transmission d'une information préoccupante, sauf si les informer apparaît contraire à l'intérêt de l'enfant.

FICHE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES A LA CRIP BASS MALTRAITANCE

LES FRÈRES ET SŒURS DU MINEUR

Noms	Prénoms	Date de naissance	Présent au domicile du mineur	Concerné par l'information préoccupante
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

AUTRES PERSONNES PRÉSENTES AU DOMICILE DU MINEUR

Noms	Prénoms	Mineure / Majeure	Lien de parenté avec le mineur
		<input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Majeure	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Majeure	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Majeure	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Majeure	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Majeure	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

FICHE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES A LA CRIP BASS MALTRAITANCE**RECUEIL D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**
(Partie facultative)

Les informations demandées ci-après permettent d'améliorer la réponse de la cellule Bass Maltraitance, et favorisent la construction de références communes aux différents acteurs du territoire. Elles participent également à l'élaboration de statistiques anonymes par l'observatoire départemental de la protection de l'enfance de Mayotte.

La présente fiche est proposée au professionnel, qui reste propriétaire de ses écrits et détermine les éléments nécessaires à la compréhension de la situation de danger et à l'intervention de la cellule Bass Maltraitance.

Indiquez ci-après les informations dont vous disposez actuellement, sans investigation supplémentaire. Elles seront complétées lors de l'évaluation le cas échéant.

LES PARENTS

LE PÈRE : Nom : _____ Prénom : _____
Né le : _____ à : _____
Nationalité : _____
Le père est-il présent au domicile de l'enfant ? OUI NON

LA MÈRE : Nom : _____ Prénom : _____
Née le : _____ à : _____
Nationalité : _____
La mère est-elle présente au domicile de l'enfant ? OUI NON

L'autorité parentale est-elle exercée par :

les deux parents la mère le père

une autre personne (précisez) : _____

Les parents ont-ils pu être contactés quant à la situation de danger ou de risque de danger ?

OUI NON

Si oui, quelle vous semble être leur position sur la situation :



Rappel : Les parents, tuteurs ou personnes exerçant l'autorité parentale doivent, chaque fois que possible, être informés au préalable de la transmission d'une information préoccupante, sauf si les informer apparaît contraire à l'intérêt de l'enfant.

FICHE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES A LA CRIP BASS MALTRAITANCE**SITUATION SCOLAIRE DU MINEUR**

Le mineur est-il :

scolarisé déscolarisé jamais scolarisé inscrit mais absentéiste

Quel est le dernier niveau scolaire atteint ?

Quel est le dernier établissement scolaire fréquenté à Mayotte :

SITUATION D'ISOLEMENT DU MINEUR

Si le mineur n'est pas pris en charge par son père ou sa mère, précisez s'ils sont ...

... à Mayotte (hors domicile de l'enfant) : Père Mère

... dans un autre département : Père Mère

... à l'étranger : Père Mère

Si le mineur est sans responsable légal sur le territoire, précisez l'origine de cet isolement :

Le mineur est arrivé sans responsable légal sur le territoire

Le dernier responsable légal présent a quitté volontairement le territoire

Le dernier responsable légal présent a fait l'objet d'une reconduite à la frontière

Le dernier responsable légal présent est décédé

Autres :

MINEUR VICTIME

Si la situation vécue par le mineur fait apparaître de possibles **crimes ou délits commis à son encontre** :

◆ Une plainte a-t-elle été déposée ? Oui Non

◆ Si oui, auprès de quels services : Police nationale
 Gendarmerie de

*Si vous disposez d'une copie du procès verbal de plainte, merci de le transmettre avec cette fiche,
ainsi que tout autre document qui vous semblerait pertinent.*

L'association d'aide aux victimes ACFAV a-t-elle été contactée ? Oui Non

FICHE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES A LA CRIP BASS MALTRAITANCE

A QUI S'ADRESSE CETTE FICHE ?

La fiche de transmission d'informations préoccupantes s'adresse aux professionnels qui mettent en œuvre la politique de la protection de l'enfance ou qui lui apportent leur concours, notamment :

- ◇ *Infirmiers, assistants sociaux et psychologues de l'éducation nationale,*
- ◇ *Médecins et infirmiers libéraux et hospitaliers,*
- ◇ *Personnels des services de gendarmerie et de police,*
- ◇ *Personnels des services de la PJJ,*
- ◇ *Travailleurs sociaux, psychologues et assistants familiaux de l'ASE,*
- ◇ *Assistants maternelles et personnels de la PMI.*

Ces professionnels sont tenus de transmettre sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être.

(art. L.226-2-1 du code de l'action sociale et des familles)

QUELLE EST L'INTERVENTION DE LA CELLULE BASS MALTRAITANCE ?

La cellule Bass Maltraitance évalue de manière pluridisciplinaire la situation, et détermine le niveau de protection le plus adapté dans l'intérêt de l'enfant, dans un délai de deux mois à compter de la réception de l'information préoccupante.

Lorsque l'évaluation confirme l'existence d'un danger pour le mineur et que ce danger ne peut pas être écarté par une mesure de protection administrative, la situation est signalée au procureur de la République.

En cas d'urgence, la cellule procède à une mise à l'abri du mineur pour une durée maximale de 72 heures. Le procureur de la République est saisi sans délai dès lors que la gravité particulière des faits l'exige.

INFORMER OU SIGNALER ?

Est préoccupante toute information susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve ou risque de se trouver en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide. La situation doit faire l'objet d'une information préoccupante transmise à la cellule Bass Maltraitance, et les parents du mineur doivent chaque fois que possibles être informés préalablement, sauf si cela est contraire à l'intérêt du mineur.

 Il convient d'aviser **directement** le procureur de la République lorsqu'une situation de danger apparaît particulièrement grave pour le mineur, et notamment lorsque son intégrité physique est manifestement menacée ou qu'il est exposé à des violences pouvant induire des poursuites pénales.

Une copie du signalement est alors adressée à la cellule de recueil des informations préoccupantes Bass Maltraitance par le signalant ou par le procureur de la République.

A PROPOS DES INFORMATIONS RECUEILLIES DANS CETTE FICHE...

Les professionnels sont autorisés à partager entre eux des informations à caractère secret, afin de réaliser des évaluations, et de déterminer et mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier.

(art. L226-2-2 du code de l'action sociale et des familles)

Le traitement des informations recueillies est encadré par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et le décret n°2011-222 du 28 février 2011 organisant la transmission d'informations sous forme anonyme aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance et à l'observatoire national de l'enfance en danger.

**CHECK-LIST URGENTISTE
DE FIN DE PRISE EN CHARGE**

Le document « Check-list urgentiste de fin de prise en charge » clôt le dossier de prise en charge initiale au SAU de Mamoudzou. Il impose au soignant une dernière vérification quant à la globalité de son intervention. Il permet également la traçabilité du dossier patient et la maintenance du « Kit AGS ».

A laisser dans le dossier papier patient avec les doubles des certificats

Etiquette patient

Nom et signature du médecin :

- Examen clinique sous analgésie/sédation/Méopa® si besoin
- Certificat remis en main propre à l'autorité requérante. Double dans le dossier
Dr poste :
- Entretien avec l'équipe de liaison psychiatrique
- Signalement social / information préoccupante à l'ASE. Double dans le dossier
- Hospitalisation (lieu et durée)
- Prélèvements médico-légaux scellés
 - remis à l'autorité requérante
 - non remis, gardés aux urgences. Motif :
- Prélèvements bactériologiques faits
- Prélèvements sérologiques victime faits
- Prélèvements sérologiques agresseur présumé
 - Faits
 - Non faits. Motif :
- Dépistage urinaire de grossesse fait : négatif positif
- Contraception d'urgence donnée
 - Oui
 - Non. Motif :
- Ceftriaxone préventive donnée
- Azithromycine préventive donnée
- Métronidazole préventif donné
- Benzathine benzylpénicilline donnée

- Traitement antirétroviral préventif VIH post exposition délivré pour jours
 - Viramune® :
 - Epivir® :
 - Rétrovirus® :
 - Combi Ir® :
 - Kaletra® :
 - Truvada® :

- Immunoglobuline VHB IM faites (dose et motif)
 - Oui :
.....
 - Non :
.....

- Vaccination VHB faite

- Immunoglobulines anti-tétanos faites (dose et motif)
 - Oui :
.....
 - Non :
.....

- Vaccination tétanos

- Délivrance d'un traitement antalgique ou autre (antiseptique, psychotrope...)
.....
.....

- Coordonnées et modalités de suivi expliquées au patient et/ou à ses parents grâce au carnet dédié remis & consentement signé

- Patient orienté pour suivi médical vers :
 - CDAG :
 - Consultation de pédiatrie :
 - Date de convocation :

- Demande de renouvellement du KIT envoyée à la pharmacie

**LOGIGRAMMES D'AIDE AU SUIVI
DES RISQUES INFECTIEUX ET DE GROSSESSE**

(56, 116)

- VIH
- VHB
- VHC
- Grossesse

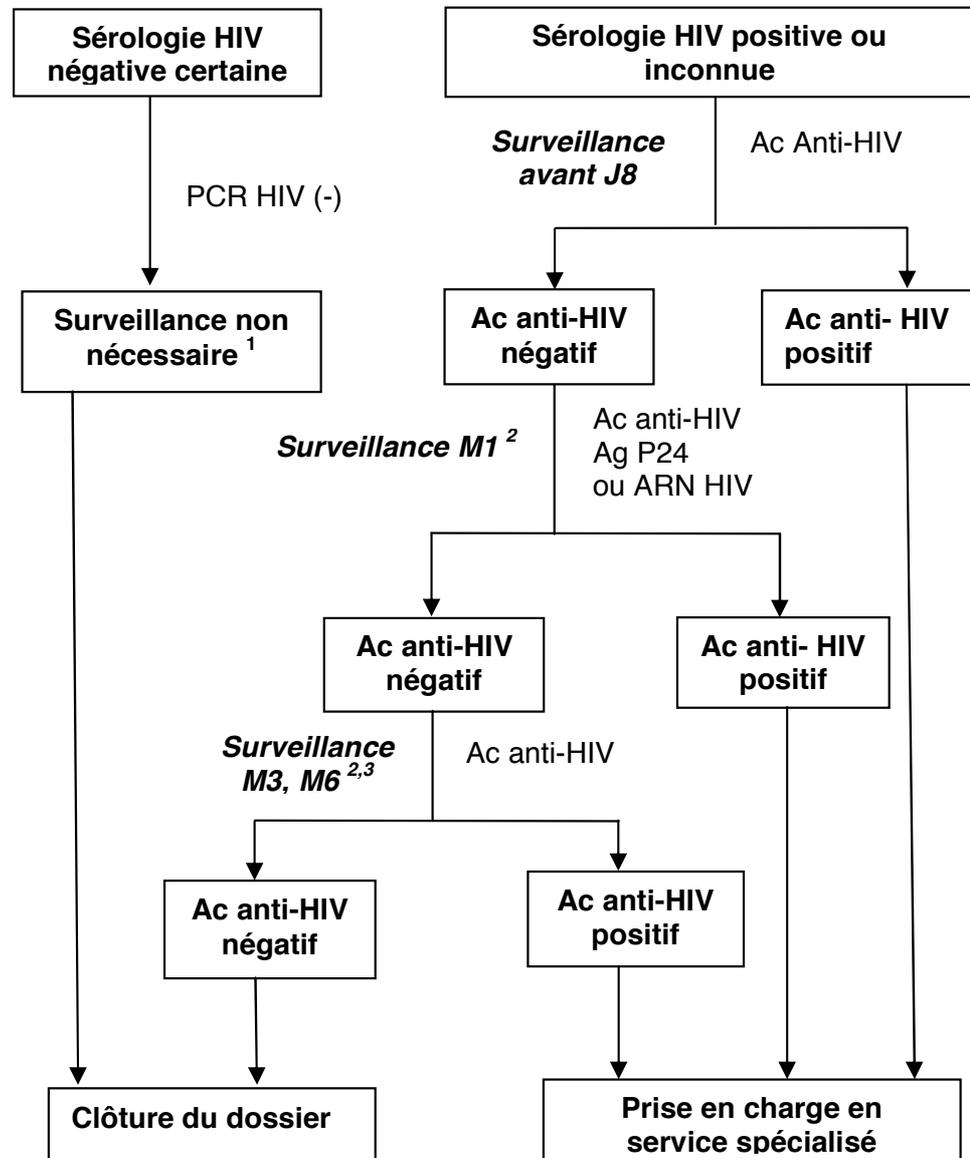
Cette dernière partie du protocole « Logigrammes d'aide au suivi des risques infectieux et de grossesse » contient 4 arbres décisionnels pour le diagnostic, le traitement et le suivi des risques des trois infections virales principales (VIH, VHB, VHC) et de grossesse. Il indique ainsi au médecin prenant en charge un patient à la phase initiale, en cours de traitement ou à distance de l'agression, les examens à réaliser et les traitements à prescrire.

1. VIH :

(Extrait Protocole AES validé CLIN Déc. 2013)

Sujet source J0

**Surveillances
du sujet exposé**

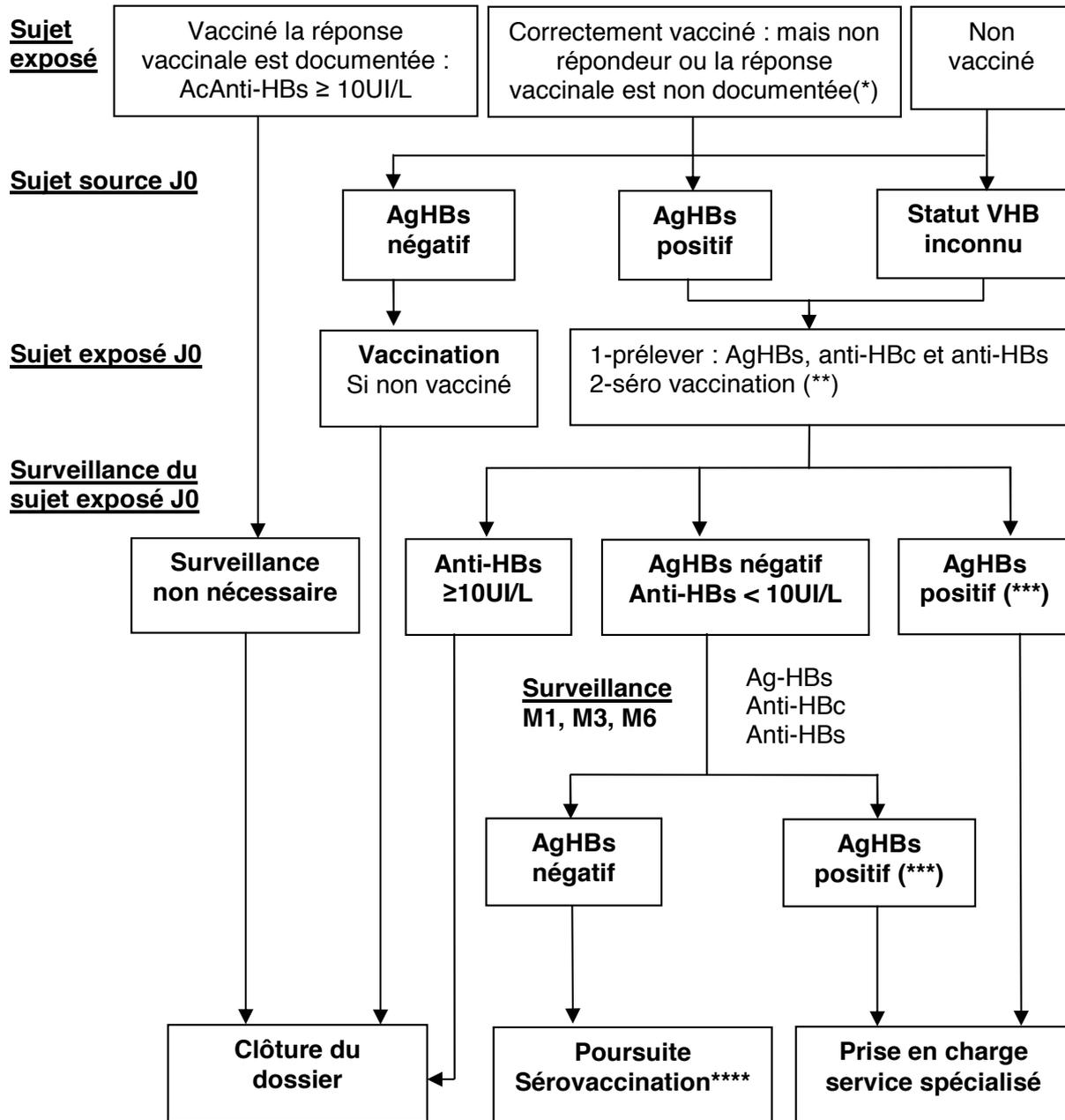


¹ En absence d'argument en faveur d'une séroconversion en cours et sauf si l'accidenté le souhaite.

² En cas de prise d'une chimio prophylaxie, ces examens seront décalés de la durée du traitement.

³ En cas de co-infection HIV-HCV chez le patient source, la surveillance pourra s'étendre sur un an, en raison de cas de séroconversions HIV et HCV retardés.

2. HEPATITE B :



(*) Si le sujet exposé a été vacciné à l'âge de moins de 25 ans, la vaccination est efficace et protège.

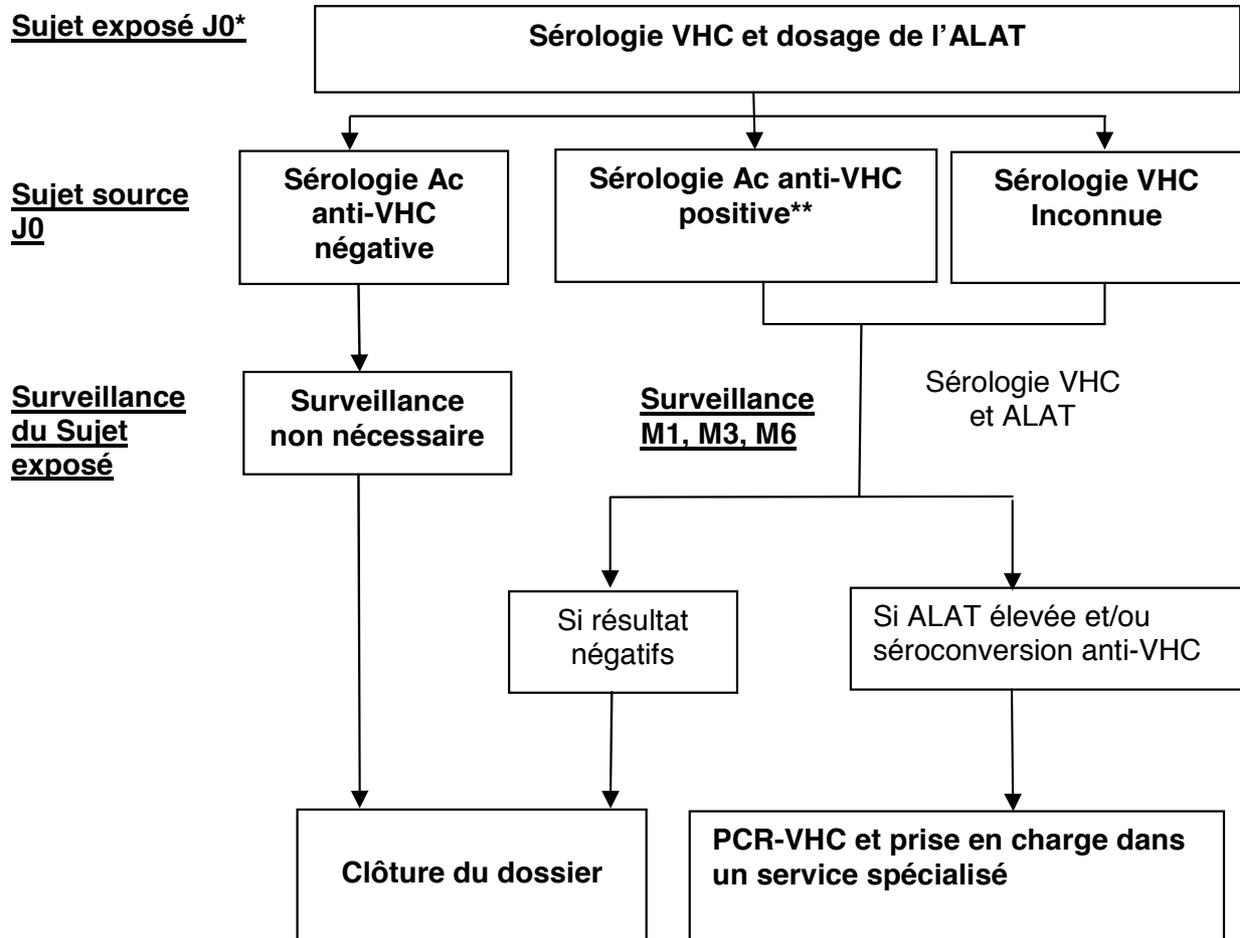
(**) La sérovaccination (1 dose de vaccin HB et 500 UI d'Ig anti-HBs le même jour en deux sites) est entreprise dès que possible après l'AES, si le statut sérologique du patient source est connu positif ou inconnu et sans attendre les résultats sérologique du patient source si ceux-ci ne sont pas connus.

(***) A contrôler sur un second prélèvement.

(****) Compléter la séroconversion, 2^e injection d'Ig anti-HBs à 1 mois de la 1^{re} injection du rappel du vaccin.

3. HEPATITE C :

(Extrait Protocole AES validé CLIN Déc. 2013)

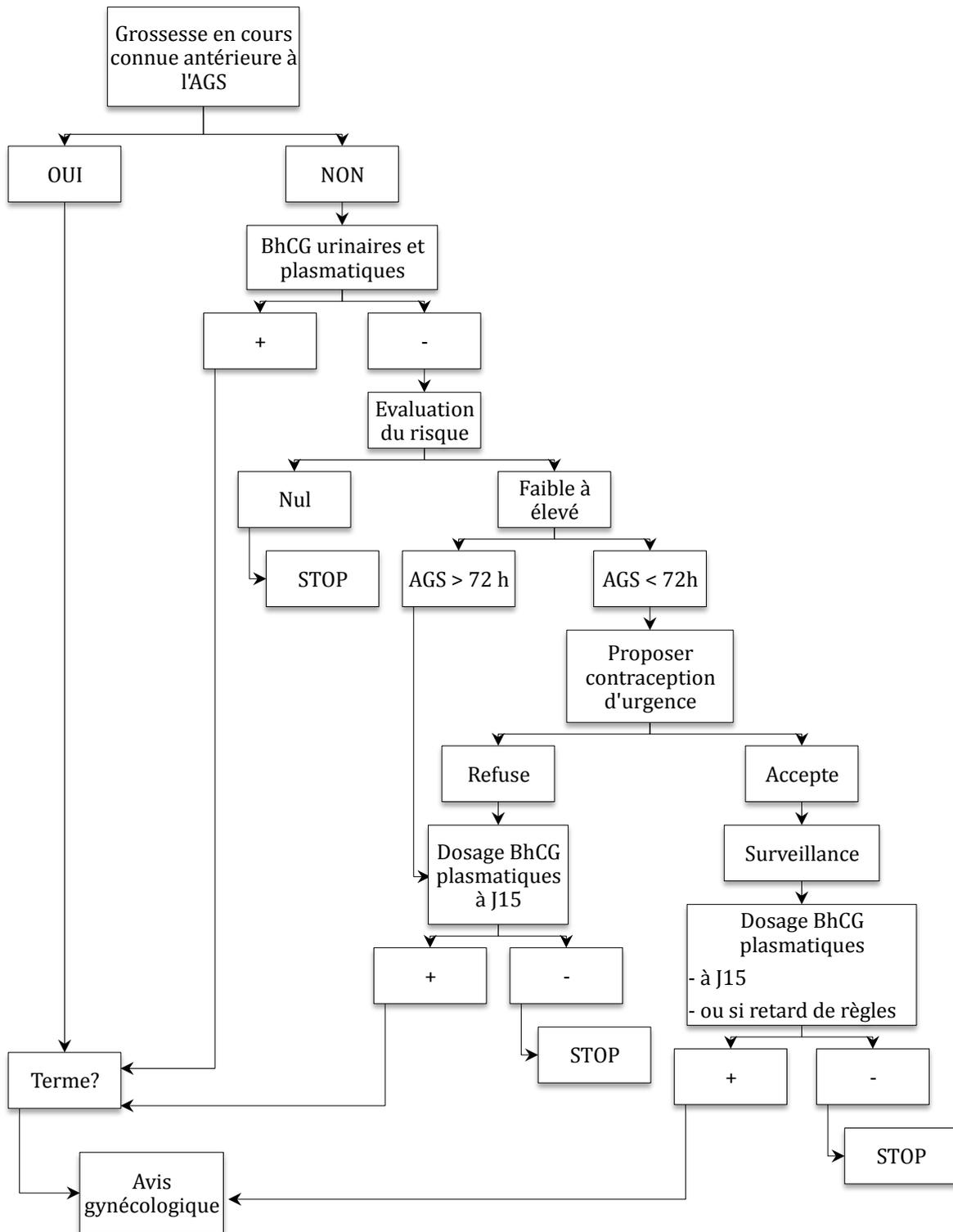


(*) Si la sérologie VHC du sujet exposé est positive, il doit être adressé à un service spécialisé.

(**) ou recherche de l'ARN viral par PCR permet d'évaluer le risque de transmission.

(84, 97, 116, 118)

4. **GROSSESSE**



Nota Bene : Les HCG apparaissent

- dans la circulation sanguine, 7 jours après le rapport fécondant (implantation de l'œuf)
- dans les urines, à partir de 10 jours.

B. Kit AGS

1. Composition

Le « Kit AGS » est disponible dans un box dédié au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Mamoudzou. Il est composé de deux parties au sein d'une même boîte :

- un « kit pharma » contient l'ensemble des traitements ne nécessitant pas de conservation particulière, eux-mêmes rangés en sous-kit adulte/enfant. Des « fiches mémos » les accompagnent.
- Un « kit de prélèvements » met à disposition l'ensemble du matériel nécessaire aux prélèvements médicaux et médico-légaux.

Les documents utiles à la prise charge complètent ces kits de matériels :

- un exemplaire papier du protocole AGS,
- des fiches mémos plastifiées avec les logigrammes de prise en charge mineur/majeur,
- des « fiches mémo » : « mémo kit AGS : contenu et maintenance » et « mémo kit pharma » (Annexe 3),
- des dossiers imprimés avec l'ensemble des documents nécessaires : ordonnances (Annexe 4), « carnet de suivi patient » (Annexe 5).

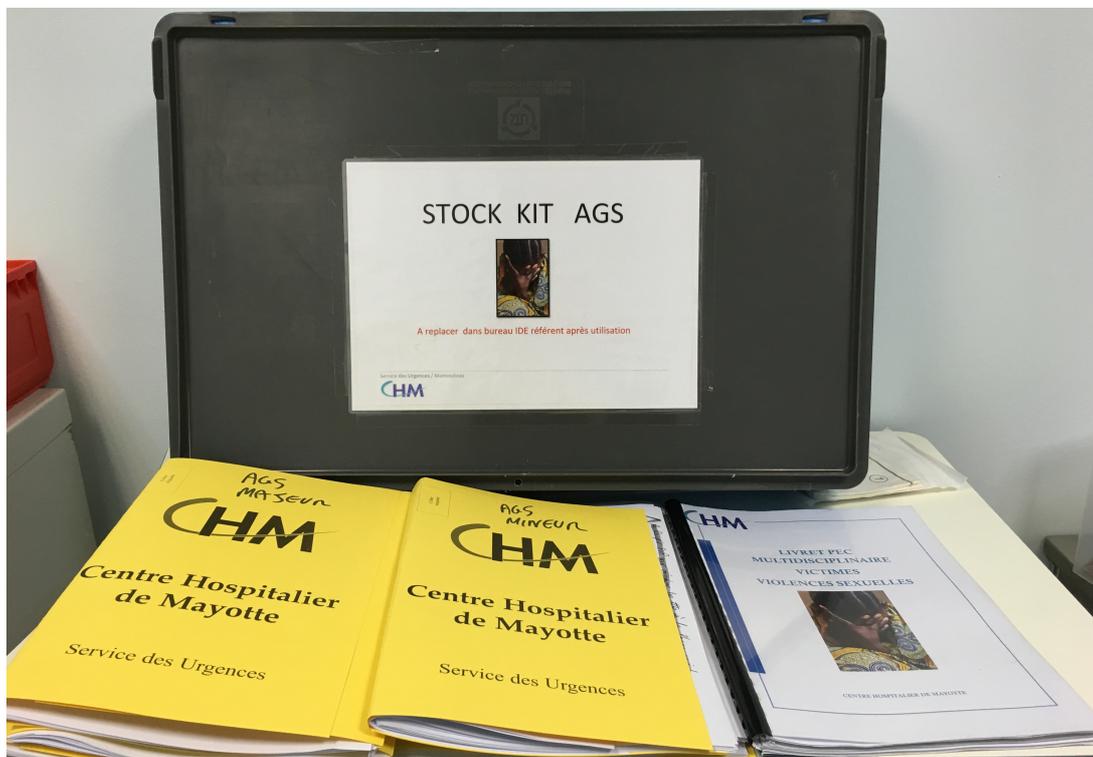


Figure 2. Stock de documents du « Kit AGS ».

2. Maintenance

La maintenance du Kit AGS est assurée par l'infirmier référent des urgences telle que détaillée dans la « fiche mémo : Kit AGS : Contenu - Maintenance » (Annexe 3).

Chaque dossier clôturé est identifié par une étiquette « AGS » par les secrétaires, puis reporté dans le registre permettant le recensement des patients victimes d'agression sexuelle consultant aux urgences ou en dispensaire à Mayotte afin d'en assurer le suivi.

C. Carnet de suivi patient

Le carnet de suivi patient (Annexe 5) a été créé devant les contraintes locales d'organisation du système de santé. Il est apparu comme un outil indispensable à une bonne transmission de l'information entre soignants et au patient.

Ce *Canetti* au format A5 est remis à tout patient victime d'agression sexuelle consultant dans un des 18 sites du CHM. Un stock d'exemplaires imprimés est disponible dans chacun des sites du CHM et dans le « Kit AGS ». En cas de rupture de stock, une version dématérialisée imprimable est mise à disposition sur le site Intranet du CHM, accessible depuis tous les services et dispensaires.

Le carnet détaille les éléments de prise en charge pluridisciplinaire initiale et du suivi jusqu'à 6 mois.

Une page « agenda » rappelle au médecin le déroulement du suivi et, au patient, les dates des rendez-vous ultérieurs.

L'ensemble des coordonnées postales et téléphoniques ainsi que les horaires d'ouverture des différentes instances susceptibles d'être sollicitées par le patient victime d'agression sexuelle y figurent.

Le consentement à signer par le patient lors de la prise en charge initiale constitue l'exemplaire patient. Une copie est jointe au dossier médical archivé au CHM.

Les comptes-rendus de chaque consultation de suivi contenant les informations médicales détaillées sont pré-remplis. Cette partie permet au médecin peu habitué prenant en charge le patient pour la première fois, ou en cours de suivi de n'omettre aucun point. Il contient l'examen clinique, des rappels des examens complémentaires à récupérer et à réaliser, les traitements administrés et à prévoir, le suivi envisagé et son organisation. Pour toute précision concernant le suivi des risques infectieux et de grossesse, le soignant est invité à consulter les arbres décisionnels situés dans la dernière partie du protocole.

Des ordonnances pré-remplies pour les médicaments spécifiques ou libres pour les autres traitements se trouvent à la suite de la consultation correspondante.

Une partie est dédiée au suivi par l'équipe de liaison psychiatrique avec un espace pour les comptes-rendus des consultations et les ordonnances.

La dernière partie est réservée à la prise en charge sociale. Elle permet aux différents intervenants de s'assurer de la mise en place d'un suivi social et de son bon déroulement.

IV. DISCUSSION

Les violences sexuelles sont un véritable problème de santé publique puisqu'elles concerneraient 16% des femmes et 5% des hommes (28-30). Leur ampleur serait bien plus grande dans les DOM et particulièrement à Mayotte, jeune département français où se côtoient tradition et modernité (29, 31, 35). Sur cette île paradisiaque marquée par une forte empreinte culturelle, la question des violences sexuelles reste tabou car encore très stigmatisantes pour les victimes et leur famille (21, 22).

C'est dans ce contexte ethnologique complexe qu'est né notre projet. Notre objectif était de protocoliser la prise en charge de ces patients fragilisés afin de faciliter l'intervention des différents acteurs tout en adoptant une démarche systématique.

L'application du protocole a été rendue possible par sa diffusion dès juin 2015 à l'ensemble des soignants du CHM. Les deux éléments clés de sa diffusion ont été l'information de l'ensemble des soignants et une accessibilité large dans le réseau du CHM.

Chacun des médecins du département s'est vu adresser un courriel l'informant de la création du protocole et du « Kit AGS » grâce à la mailing liste de la CME. Des affiches d'information ont également été placardées dans les différents services du CHM à Mamoudzou et dans les sites périphériques. Cette campagne d'information avait pour objectif de diffuser au plus grand nombre l'information, notamment au personnel paramédical ainsi qu'au médecin remplaçant arrivé depuis peu à Mayotte.

Au Centre Hospitalier de Mamoudzou, le protocole est consultable dans les différents services de l'hôpital de Mamoudzou par le serveur Intranet de l'hôpital et, au Service d'accueil des urgences, en version papier dans le « Kit AGS » disponible dans un box dédié. Le « carnet de suivi patient » est disponible en version papier dans le « Kit AGS » ainsi qu'en version dématérialisée à imprimer (si la version papier n'est plus disponible) pour chaque patient au cours de la première consultation.

Dans les sites périphériques, les secteurs de consultation disposent d'une version papier du protocole ainsi que de la version informatique en accès sur le serveur Intranet.

Comme expliqué précédemment, grand nombre des médecins travaillant au CHM sont des remplaçants dont la durée de séjour dépasse rarement quelques mois. Ils sont donc peu habitués à l'écologie locale, l'organisation des systèmes de soins et judiciaire, ainsi qu'à l'absence de médecin référent (ou médecin traitant) pour les patients.

Notre protocole isolément ou intégré dans le « Kit AGS » donne à tout soignant peu aguerri les éléments clés de prise en charge du patient victime de violence sexuelle, qu'il soit mineur ou majeur, français, étranger en situation régulière ou irrégulière. Il regroupe ainsi, au sein d'un fascicule de 74 pages les points de prise en charge médicale, médico-légale et sociale aussi larges que spécifiques à l'île de Mayotte. Le suivi est facilité par le « carnet de suivi patient » (Annexe 5), livret de 34 pages. A cela s'ajoute des « fiches mémo » et ordonnances de prélèvements et traitements (Annexes 3 et 4). L'ensemble du « Kit AGS » contient donc plus d'une centaine de pages de documents.

Ce volume de papiers est probablement effrayant au premier abord pour le médecin fraîchement intégré au CHM. Il est néanmoins nécessaire pour rassembler le grand nombre d'informations utiles couvrant les différents champs spécifiques et vastes de la prise en charge des patients victimes d'agression sexuelle à Mayotte. Elle comprend les volets :

- médical (épidémiologie, dotations, fonctionnement du laboratoire...),
- médico-légal (détail des prélèvements auxquels les médecins généralistes et urgentistes ne sont pas habitués, prélèvements judiciaires et certificat de lésions détaillés afin de ne pas compromettre un dépôt de plainte... *etc.*),
- médico-social (à l'aide des différentes entités locales),
- judiciaire permettant la coordination du corps médical avec des forces de l'ordre afin d'accompagner la victime et sa famille vers une procédure, les mahorais étant souvent dépassés par l'organisation de ces instances.

Afin de le rendre plus accessible et de flécher les informations intéressant spécifiquement le lecteur dans un contexte donné pour un patient donné, plusieurs outils ont été utilisés.

Le premier artifice correspond aux « fiches mémo » (Annexe 3) et logigrammes plastifiés disponibles dans le « Kit AGS » ne nécessitant pas l'ouverture du protocole dans un premier temps.

Le deuxième outil consiste en un « logigramme qualité » situé en page 5 du protocole. Il permet au soignant de se référer directement au logigramme correspondant à la situation de prise en charge initiale (en amont des urgences de Mamoudzou ou au SAU de Mamoudzou, victime mineure ou majeure, plainte déposée, envisagée ou refusée).

Le troisième élément de simplification réside dans le sommaire détaillé permettant de se référer directement à la partie intéressant le soignant.

Enfin, le quatrième support est la structure du « carnet de suivi patient » (Annexe 5). Son contenu détaillé s'appuyant sur les recommandations déroule point par point les éléments médicaux essentiels au suivi du patient (cliniques, paracliniques, traitements). La systématisation de la prise en charge limiterait ainsi les oublis. En cas de doute sur le suivi des risques infectieux et de grossesse, le médecin peut se référer au « protocole AGS », volumineux mais néanmoins complet.

Ce « protocole AGS » élaboré par le CHM, pour le CHM, ne peut pas, pour partie du moins, être extrapolé aux autres départements français. En effet, il répond à une demande locale en tentant de palier à l'absence d'UMJ à Mayotte. Les contraintes organisationnelles insulaires, l'écologie locale avec une forte prévalence des IST et son contexte historique, géographique et culturel expliquent nombre de spécificités du protocole.

Un des problèmes organisationnels majeurs de Mayotte est l'important turn-over médical. Les médecins venant de métropole connaissent peu Mayotte, son histoire, son contexte. Leur méconnaissance d'une structure de soins et judiciaire très atypique imposait l'explication des rapports complexes et intriqués du CHM et des forces de l'ordre.

Parmi les aspects pratiques souffrant de l'insularité, les dotations en médicaments de la pharmacie de l'hôpital sont limitées. Cela explique que certains traitements faisant partie des dernières recommandations (ou ayant fait la preuve d'une plus grande efficacité) ne soient pas dispensés (tels que Norlevo® plutôt qu'Ellaone® pour la contraception d'urgence). Beaucoup moins desservie par avion et par bateau que sa voisine, l'île de La Réunion, Mayotte accuse des ruptures de stock et des difficultés d'approvisionnement de certains médicaments, et particulièrement en périodes de tempêtes ou de grèves générales.

Ce référentiel très contextuel, donc, s'intègre dans le paysage médical et judiciaire local actuel. Cela implique la nécessité de mises à jour régulières, itératives permettant l'évolution des pratiques avec les nouvelles recommandations, les changements de dotations du CHM et, un jour peut-être avec des données épidémiologiques permettant d'apprécier les prévalences des IST et agressions sexuelles pour le département de Mayotte. Le travail de mise à jour et de vérification est actuellement assuré par le Docteur Jeanne Duprat, médecin urgentiste référent.

L'objectif de notre protocole était d'optimiser la prise en charge des victimes sur les plans médical, médico-légal, social et judiciaire. La participation d'un ou une ethnologue spécialiste de la culture comorienne et en particulier mahoraise fait probablement défaut à une intégration complète de notre projet dans le paysage culturel mahorais. Son apport aurait

probablement été non négligeable dans la sensibilisation de la population mahoraise consultant dans les différents sites du CHM. Il serait intéressant de solliciter un ou une ethnologue afin d'impliquer davantage le patient mahorais et sa famille dans la prise en charge. Son intervention pourrait permettre une meilleure compréhension entre le soignant et le patient mahorais.

Une des problématiques rencontrées dans la prise en charge médicale des patients mahorais réside dans les difficultés d'observance et de suivi. Comme expliqué précédemment, la perception de la maladie et des IST est très éloignée des considérations médicales et scientifiques. Cette dissension explique une méconnaissance du risque encouru par les patients et leur famille (21). Une formation des corps médical et paramédical par un ethnologue permettrait là encore une meilleure compréhension du patient par le soignant et donc une meilleure approche. Un discours plus adapté impliquant davantage le patient favoriserait son adhésion au projet thérapeutique.

Les axes de travail s'appuieraient sur l'acceptation des soins par la compréhension des pathologies par le patient et sa famille et sur la dénonciation de ces violences trop souvent tues (119).

En effet, au-delà de la question de la prise en charge médicale, le problème de dissimulation des violences sexuelles persiste. Très peu de victimes consultent un médecin pour une prise en charge dans les suites d'une agression sexuelle et encore moins portent plainte (75, 76). Cette donnée universelle est d'autant plus marquée à Mayotte où le poids de la tradition, la honte, la stigmatisation des victimes et de leur famille empêchent nombre d'entre elles de les dénoncer. Cela s'explique par plusieurs points.

La première explication réside dans la perception sociale des violences sexuelles. Pour les filles et femmes, l'agression sexuelle et particulièrement le viol sont culturellement et socialement perçus comme une perte de leur pureté. En effet, une jeune fille non vierge au moment de son mariage ne peut honorer l'*hutsamia*. L'époux est alors en droit de demander l'annulation du mariage et de récupérer la dote versée par la famille de la mariée. L'opprobre est jetée sur la jeune mariée déçue et sa famille (20 - 22). Ceci explique d'une part les découvertes tardives de grossesse chez les jeunes filles, et, d'autre part la préférence pour un arrangement financier sur une procédure judiciaire. La famille de la victime protège alors son honneur en la mariant à un homme acceptant de taire le secret moyennant finances, voire parfois, à son agresseur (21). Cette caractéristique rappelle l'importance de l'honneur familial et le principe de prééminence de la communauté sur l'individu.

Dans le cas de viols homosexuels, les garçons et hommes, honteux d'avoir subi un rapport sexuel considéré illicite par la religion musulmane ne dénoncent que très rarement les sévices dont ils ont été victimes.

Le viol entre époux ou viol conjugal n'existe pas au sens culturel du terme (21, 120). En effet, à Mayotte, la femme mariée a pour devoir d'accéder à la demande de rapports sexuels conjugaux de son mari. Ainsi, le concept même de viol conjugal n'est pas envisagé par la majorité des mahorais.

Les rapports sexuels licites n'étant conçus que dans le cadre du mariage, et ce, dans un but de procréation, l'utilisation du préservatif et le recours à la contraception sont plus faibles qu'en métropole (21).

Peut-être serait-il pertinent d'inviter les autorités religieuses mahoraises à participer aux prochaines discussions du groupe de travail et aux campagnes de sensibilisation de la population.

Cause et conséquence de l'impact de la religion musulmane et de l'importance des croyances africaines, la méconnaissance des IST est une des explications culturelles et scientifiques au silence des victimes mahoraises, ne consultant que rarement dans les suites d'une agression sexuelle. Le poids des conceptions religieuses s'ajoute au fait que la plupart des mahorais n'est pas sensibilisée à l'existence des différentes IST et aux risques auxquels elles exposent. Les victimes et la population mahoraise en générale sont exceptionnellement spontanément demandeuses de tests de dépistage et de traitement post-exposition.

Enfin, la clandestinité des victimes aggrave le phénomène de dissimulation des violences sexuelles. L'immigration clandestine massive caractérisant Mayotte contribue fortement à l'existence des violences sexuelles sur l'île, par la précarité et les mineurs isolés qu'elle induit (7). Mais les étrangers en situation irrégulière sont eux-mêmes victimes de sévices de la part d'autres clandestins ou de mahorais les exploitant. Ces victimes encore plus à risque d'IST ne consultent que très rarement en dispensaire d'une façon générale et encore moins dans les suites d'une agression sexuelle. Passant la majeure partie de leur temps cachés dans la brousse ou dans des champs de tomates, les clandestins survivent, craignant à tout moment une rafle par la Police aux frontières ou la Gendarmerie et une expulsion vers leur pays d'origine. Seuls les cas de force majeure avec péril imminent les poussent à sortir de leur « planque » pour consulter un médecin. Les victimes en situation irrégulière sollicitent exceptionnellement un avis médical le font le plus souvent en dispensaires situés en zone moins urbanisée donc moins sujette à des contrôles de police et de gendarmerie. Ces consultations ne débouchent presque jamais sur une plainte de peur d'une reconduite à la

frontière. Cela explique pourquoi il est rappelé en bas de tous les logigrammes du protocole : « Nota Bene : Etre en situation irrégulière peut dissuader les victimes de porter plainte. RASSURER LA VICTIME+++ ».

Tous ces éléments signent l'importance du travail de sensibilisation de la population mahoraise mais aussi des soignants et des acteurs sociaux encore nécessaire pour permettre une évolution des perceptions et conceptions sociales, culturelles et médicales.

Depuis l'élaboration et la mise en place du protocole et du « kit AGS », notre travail se poursuit par des actions visant à sensibiliser les soignants et les pouvoirs publics.

Pour cela, nous avons présenté notre travail au « Colloque professionnel sur les Violences Intra-Familiales » (Colloque VIF) à Mayotte en Juin 2015, s'adressant à tous les soignants confrontés à cette problématique. Le projet a retenu l'attention des responsables de Gynécologie Sans Frontières qui suivent son évolution depuis.

En 2015 toujours, il nous a été offert d'exposer notre « Kit AGS » et le protocole à des représentants du Sénat, à des délégués du Droit des femmes en visite à Mayotte puis à l'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien dans le cadre de la réforme ministérielle (120, 121).

Notre action se poursuit en 2016 par une présentation à la Mission interministérielle pour la protection des femmes (MIPROF) en juin 2016. Le protocole et le « Kit AGS » ont été présentés au cours d'une journée de formation au Ministère de la Santé à l'issue de laquelle des référents ont été nommés dans chaque service des urgences de France. Le Docteur Jeanne Duprat est depuis le référent au SAU de Mamoudzou, et donc pour le département de Mayotte.

Actuellement, nous sommes en contact avec le Docteur Violaine Guérin, Présidente de l'association « Stop aux Violences Sexuelles » (119, 122), dont les assises nationales sont organisées annuellement au Sénat depuis Janvier 2014. Une rencontre est prévue avant fin 2016.

Parallèlement à ces actions de sensibilisation des professionnels, nous continuons à diffuser notre message auprès de la population mahoraise en consultation mais aussi à plus grande échelle. Dans les suites du colloque VIF en juin 2015, le Docteur Jeanne Duprat a présenté notre travail dans une interview sur la première chaîne de télévision mahoraise et lors d'une émission santé radiophonique locale.

En synergie, les associations telles que l'ACFAV et Bass Maltraitance ! mènent plus largement des campagnes de sensibilisation auprès de la population mahoraise sur les violences physiques et morales.

Ces différentes actions auprès des pouvoirs publics ont permis la création d'une unité de victimologie au sein du centre hospitalier de Mamoudzou en 2016. Par manque de médecin formé, elle ne sera effective qu'à partir de septembre 2016. Une salle de consultation sera mise à disposition deux demi-journées par semaine. Son rôle sera double. Tout patient victime d'agression sexuelle se présentant aux horaires d'ouverture via les urgences ou les services d'amont en urgence pourra y être accueilli. Cette unité organisera également des consultations programmées pour les patients en cas d'urgence dépassée et les suivis. Les cas plus complexes d'examen de corps ou de difficultés d'évaluation d'ITT pourront y être traités.

Depuis sa mise en place en juin 2015, le protocole et le « Kit AGS » ont permis une meilleure traçabilité des prises en charge des patients victimes de violences sexuelles. En attestent les premiers résultats d'une évaluation en décembre 2015. Quarante trois victimes de violences sexuelles ont été tracées en 6 mois suite à l'instauration du référentiel, dont seulement 8 majeures (Annexe 6). Ces résultats sont bien supérieurs aux données du DIM, ne faisant ressortir que 11 victimes pour toute l'année 2014.

Ces résultats encourageants doivent cependant être confirmés. Un audit des pratiques des soignants et une évaluation auprès des patients seraient souhaitables pour objectiver l'apport au niveau médical, l'aspect pratique du protocole ainsi que les retombées sur les patients et leur perception. Cette évaluation est prévue pour fin 2016 mais les modalités restent à préciser.

Le travail réalisé au fil des mois nous a permis de mieux comprendre, accueillir, traiter, suivre et recenser les victimes de violences sexuelles, victimes fragilisées par l'agression et la stigmatisation. L'élaboration d'un référentiel était donc double. D'une part, le protocole et le « Kit AGS » ont pour objectif d'optimiser la prise en charge des patients victimes d'AGS. D'autre part, il est hautement symbolique en signifiant la gravité et la violence physique et morale induite par ces agressions sexuelles.

Si la grande majorité des autres départements français disposent d'unité médico-judiciaire, la prise en charge des victimes d'agression sexuelle par le personnel des SAU n'est pas rare, et peu protocolisée. Or, à ce jour, il n'existe aucun référentiel national pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles qui permettrait une uniformisation des pratiques, notamment sur les recommandations concernant la prise en charge des risques infectieux et de grossesse. L'élaboration d'un protocole ou l'adaptation du notre pourrait être une piste de travail pour améliorer la qualité des prises en charge selon les nouvelles directives ministérielles (70, 120, 121).

Par ailleurs, de nombreux pays voisins culturellement proches de Mayotte tels que l'Union des Comores ou Madagascar pourraient bénéficier de notre travail, moyennant le soutien d'associations mettant les traitements à disposition gratuitement. Plus proches, les populations déplacées et migrants vivant dans les camps de réfugiés pourraient faire l'objet d'un programme de prise en charge des victimes d'agression sexuelle, problème majeur dont le phénomène semble s'amplifier (123, 124).

V. CONCLUSION

Les violences sexuelles sont un problème de santé publique majeur. Elles concerneraient jusqu'à 30% de la population selon les régions du monde, touchant toutes classes sociales (125). Favorisé par le chômage et la précarité, ce phénomène semblerait particulièrement sévère à Mayotte, jeune département français riche d'une forte identité culturelle. La pression migratoire induisant précarité et violences, la forte empreinte de la culture bantoue et de la religion musulmane modifient les référentiels quant à la perception des problématiques qui y sont liées telles que la place de la victime, les IST et la grossesse.

L'organisation atypique des systèmes de soins et judiciaire, dont témoignent la cohabitation des systèmes coutumier et de droit commun ainsi que l'absence d'unité médico-judiciaire à Mayotte (27) compromettait la prise en charge médicale et médico-légale de ces victimes. Ces patients étaient souvent négligés par manque de temps, de connaissances et de prise en charge standardisée, subissant les effets de la désertification médicale et du turn-over important des soignants.

Confrontés à ces victimes et sensibles à leur situation, le Docteur Jeanne Duprat, le Docteur Stéphan Jammart et moi-même avons constitué le « noyau dur » d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Pendant plus de 6 mois, animés d'une volonté d'améliorer la prise en charge des ces patients fragilisés par la violence de l'agression et la stigmatisation, nous avons construit ce projet point par point, à partir de discussions du groupe de travail et des données de la littérature.

Notre travail a alors consisté en l'élaboration d'un protocole de prise en charge médicale, psychologique, sociale et médico-légale des victimes d'agression sexuelle à Mayotte. Appliqué depuis juin 2015 dans les 18 sites du CHM, il trace un chemin idéal pour ces patients démunis. Notre référentiel flèche désormais leur parcours médico-judiciaire, tout en coordonnant l'intervention des différents acteurs. La prise en charge initiale et le suivi, détaillés et systématiques, sont optimisés. Le protocole complété par le « carnet de suivi patient » permettent au soignant de n'omettre aucun élément de prise en charge médicale tout en favorisant un recueil de preuves (partie médico-légale), inexistant auparavant.

Le « Kit AGS » est disponible dans un box dédié à l'accueil de ces patients au Service d'Accueil des Urgences de Mamoudzou du Centre Hospitalier de Mayotte, lieu privilégié centralisant l'intervention des différents spécialistes. Il facilite la prise en charge multidisciplinaire des patients victimes d'agression sexuelle. En effet, il met à disposition des soignants l'ensemble du protocole et du matériel nécessaire à l'examen et à la réalisation des prélèvements médicaux et médico-légaux de la victime mais aussi de l'agresseur présumé lorsqu'il est présenté par les forces de l'ordre.

Le « carnet de suivi » remis au patient matérialise la transmission de l'information au patient et entre les différents soignants. Il organise le suivi en le systématisant, pour une meilleure efficacité et une plus grande simplicité pour le soignant. Sa présentation et son format favorisent l'adhésion du patient.

Dans un but permanent d'optimisation de la prise en charge des victimes d'agression sexuelle, des mises à jour scientifiques et organisationnelles régulières sont effectuées par le Docteur Jeanne Duprat, médecin référent.

Les premiers résultats de l'évaluation de notre travail sont très encourageants. En effet, la mise en place du protocole a permis de recenser, de prendre en charge et de suivre plus de patients en 6 mois qu'en un an (43 patients recensés entre juin et décembre 2015 contre 11 recensés sur toute l'année 2014).

Notre projet se poursuit désormais par des actions de sensibilisation destinées à la population mahoraise et aux soignants exerçant à Mayotte. Notre travail a fait l'objet de présentations au cours de diverses réunions au CHM, au « Colloque professionnel sur les violences intra-familiales » à Mayotte en Juin 2015, à des déléguées du Droit des femmes du Sénat en visite à Mayotte, à l'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien ainsi qu'à différentes associations telles que Gynécologie Sans Frontières qui se sont montrées particulièrement intéressées. Pour une diffusion plus large, notre projet a également été présenté au cours d'émissions télévisées et radiophoniques locales.

En écho à notre travail, une unité de victimologie a, depuis, vu le jour sur « l'île aux parfums ». Son lancement est prévu pour fin 2016.

BIBLIOGRAPHIE

1. Torre H. Rapport d'information n° 461 (2007-2008), Mayotte : un éclairage budgétaire sur le défi de l'immigration clandestine. [En ligne]. 2008. [consulté le 18 mars 2015]. Disponible: <https://www.senat.fr/rap/r07-461/r07-461.html>
2. Ministère des Outre-Mer. Mayotte. [En ligne]. 2010. [consulté le 18 mars 2015]. Disponible: <http://www.outre-mer.gouv.fr/?presentation,138.html>
3. Préfet de Mayotte. Histoire et Géographie. Les services de l'État à Mayotte. [En ligne]. Août 2015. [consulté le 18 août 2016]. Disponible: <http://www.mayotte.pref.gouv.fr/Politiques-publiques/Culture-Tourisme-et-Patrimoine/Decouvrir-Mayotte/Histoire-et-Geographie>
4. Insee. Populations légales dans les collectivités d'Outre-Mer et Mayotte. Population des communes de Mayotte. [En ligne]. Août 2012. [consulté le 18 août 2016]. Disponible: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=populegalescom&page=recensement/populegalescom/popcommayotte.htm
5. Insee. Recensement de la population : 212 600 habitants à Mayotte en 2012. [En ligne]. 2012. [consulté le 18 août 2016]. Disponible: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=27&ref_id=19214
6. Préfecture de Mayotte. Réalisation du diagnostic territorial stratégique de Mayotte préalable à la définition et à la rédaction des futurs programmes européens 2014-2020. [En ligne]. Novembre 2012. [consulté le 15 décembre 2015]. Disponible: http://www.mayotte.pref.gouv.fr/content/download/2243/13740/file/Diagnostic%20Mayotte_%20Rapport%20final_Annexe%20_Premi%C3%A8re%20partie.pdf
7. Insee. Mayotte, département le plus jeune de France. [En ligne]. 2012. [consulté le 18 août 2016]. Disponible: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1488
8. Insee. Mayotte : Recensement de la population de 2007 - Une population multipliée par quatre en 30 ans. [En ligne]. 2007. [consulté le 18 août 2016]. Disponible: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1231#inter5
9. GISTI. Un Ceseda au rabais pour Mayotte : dossier législatif, textes et analyses : Extension dérogatoire du Ceseda à Mayotte en vigueur depuis le 26 mai 2014. [En ligne]. Mai 2014. [consulté le 19 août 2016]. Disponible: <http://www.gisti.org/spip.php?article3391>
10. Insee. Conditions de vie. Société. Les villages de Mayotte en 2012. [En ligne]. 2012. [consulté le 18 août 2016]. Disponible: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=27&ref_id=21960
11. ARS Océan Indien. Eau potable : l'ARS OI poursuit l'installation de bornes fontaines monétiques à Mayotte. [En ligne]. Novembre 2015. [consulté le 19 août 2016]. Disponible: <http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Eau-potable-l-ARS-OI-poursui.187932.0.html>

12. Insee. Quatre jeunes sur dix en grande difficulté à l'écrit à Mayotte. [En ligne]. 2012. [consulté le 18 août 2016].
Disponible: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=27&ref_id=20788
13. Insee. Recensement de la population 2007 à Mayotte : les tableaux détaillés. [En ligne]. 2007. [consulté le 20 août 2016]. Disponible:
http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=27&ref_id=1102&page=donnees_detailles/rp2007/resultats_detailles/rp2007_langues_lang1m.htm
14. Laroussi F. Langues, identités et insularité : regards sur Mayotte. Dynamiques sociolangagières. Publication Univ Rouen Havre; 192 p.
15. Larousse. Définitions : matrilineaire, Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. [consulté le 25 août 2016].
Disponible: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/matrilineaire/49910>
16. Larousse. Définitions : matrilocal, matrilocale, matrilocaux, Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. [consulté le 25 août 2016].
Disponible:
http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/matrilocal_matrilocale_matrilocaux/49911
17. Hyst JJ. Rapport d'information n° 115 (2008-2009), Départementalisation de Mayotte : sortir de l'ambiguïté, faire face aux responsabilités. [En ligne]. Sénat.fr. 2008. [consulté le 20 août 2016].
Disponible: <https://www.senat.fr/rap/r08-115/r08-1157.html>
18. Balarello J. Rapport n° 361 (2000-2001), Projet de loi relatif à Mayotte. [En ligne]. Sénat.fr. 2001. [consulté le 20 août 2016].
Disponible: <https://www.senat.fr/rap/100-361/100-3618.html>
19. Bechetoille B. Une consultation psychiatrique à Mayotte, entre trouble bipolaire et possession. Fikira de Mayotte et d'ailleurs. [En ligne]. 2012. [consulté le 21 août 2016].
Disponible: <https://fikiramayotte.wordpress.com/2012/03/15/une-consultation-psychiatrique-a-mayotte-entre-trouble-bipolaire-et-possession-un-article-de-b-bechetoille/>
20. Ahmed-Chamanga M. Quelques notes sur les pratiques sexuelles dans la société comorienne. Études Océan Indien. Décembre 2010;(45):117-31.
21. Achiraf B. Les moeurs sexuelles à Mayotte. Paris: L'Harmattan; 2005:156 p. (Sexualité humaine).
22. Martial AK. Papa m'a suicideR, Paris: L'avant-scène théâtre; 2006:58p. (Collection des quatre-vents).
23. ARS Océan Indien. Statiss : Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social. [En ligne]. 2014. [consulté le 20 fév 2015].
Disponible: http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Publications/icones/etude_stats/ARS_Statiss2014.pdf

24. Sueur JP. Rapport d'information n° 675 (2011-2012), Mayotte : un nouveau département confronté à de lourds défis. [En ligne]. Juillet 2012. [consulté le 6 déc 2015].
Disponible: <http://www.senat.fr/rap/r11-675/r11-6757.html>
25. ARS Océan Indien. Géographie de l'offre de soin. [En ligne]. Janvier 2012. [consulté le 20 août 2016].
Disponible: <http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Geographie-de-l-offre-de-soin.91335.0.html>
26. ARS Océan Indien. Les professions médicales à Mayotte. [En ligne]. Janvier 2015. [consulté le 23 oct 2015].
Disponible: <http://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-professions-medicales-mayotte>
27. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice et des Libertés, n°2011-01, Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale NOR: JUSD1033099C. [En ligne]. 2011. [consulté le 23 oct 2014].
Disponible: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1033099C.pdf
28. INSERM, INED. Enquête « Contexte de la sexualité en France ». [En ligne]. 2006. [consulté le 23 oct 2014].
Disponible: <https://www.ined.fr/fr/publications/hors-ined/enquete-sur-la-sexualite-en-france/>
29. Insee. Conditions de vie-Société : Femmes et hommes face à la violence. [En ligne]. 2011. [consulté le 22 oct 2015].
Disponible: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1473
30. Bajos N, Bozon M. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Popul Sociétés, Mai 2008;(445):1-4.
31. INSEE, ONDRP. Enquête « Cadre de vie et sécurité » 2010-2013, 2013.
32. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France: Pratique, genre et santé, La Découverte, 2008.
33. INHESJ, ONDRP. Victimation personnelle et opinions sur la sécurité, D'après les enquêtes « cadre de vie et sécurité » 2007 à 2014. [En ligne]. 2014. [consulté le 22 oct 2015].
Disponible:
https://www.inhesj.fr/sites/default/files/fichiers_site/ondrp/rapports_annuels/plaquette_avip_def.pdf
34. Ligue des droits de l'Homme. Quand l'Etat concède la situation alarmante des femmes en outre-mer, [En ligne]. [consulté le 22 oct 2015].
Disponible: <http://www.ldh-france.org/Quand-l-Etat-concede-la-situation/>

35. Ministère des Outre-Mer. Lutte contre les violences faites aux femmes outremer. [En ligne]. Mai 2014. [consulté le 22 oct 2015].
Disponible: <http://www.outre-mer.gouv.fr/?lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-outremer-les-ministres.html>
36. ARS Océan Indien. Etat de santé de la population de La Réunion et de Mayotte. [En ligne]. 2010. [consulté le 31 août 2015].
Disponible: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DOSSIER_STAT_Etat_de_sante_Octobre2010_.pdf
37. Association pour la Condition Féminine et d'Aide aux Victimes (ACFAV). Mayotte. [En ligne]. [consulté le 26 août 2016].
Disponible: <http://www.acfav-mayotte.fr/>
38. L'info Kwezi. Préfecture: Les chiffres de la délinquance. [En ligne]. Avril 2015. [consulté le 20 août 2016].
Disponible: <http://www.linfokwezi.fr/prefecture-les-chiffres-de-la-delinquance/>
39. Vion P. Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses, Les éditions des Journaux Officiels. [En ligne]. 2014. [consulté le 31 août 2015].
Disponible:
http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Etudes/2014/2014_25_combattre_violence_femmes.pdf
40. Thomas V, Dupray O, Claudel ML, Picard H, Chauvin P. Enquête « Dépister la violence faite aux femmes lors de consultations non programmées à Mayotte », rapport intermédiaire Enquête DeViFFe 2014, Mayotte, 2015.
41. OMS. VIH/sida. [En ligne]. 2016. [consulté le 27 janvier 2015].
Disponible: http://www.who.int/topics/hiv_aids/fr/
42. InVS. Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH, diagnostic de SIDA 2003-2014, Novembre 2015.
43. Ahmad D. Evaluation du dépistage systématique du VIH, des hépatites B, C et de la syphilis dans un service de médecine polyvalente à Mayotte de juillet 2014 à juin 2015, Thèse de médecine. Paris Diderot-ParisVII; 2016: 71p.
44. InVS, CIRE Océan Indien. BVS n°29 - Situation du VIH, Sida et des IST, à la Réunion et à Mayotte données actualisées au 31/12/2014. [En ligne]. 2015. [consulté le 27 janvier 2016].
Disponible: http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Veille_et_securite_sanitaire/Gestion_de_crise_sanitaire/CIRE/BVS/2015_29_BVS_thematique_IST.pdf
45. Sidaction. Données épidémiologiques VIH/sida monde. [En ligne]. 2014. [consulté le 21 fév 2015].
Disponible: <https://www.sidaction.org/donnees-epidemiologiques-vihsida-monde-2014>

46. InVS. Hépatite B. [En ligne]. 2004. [consulté le 21 fév 2015].
Disponible: <http://www.invs.sante.fr/fr./layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-B/Autres-donnees-epidemiologiques>
47. InVS. DMI. Indicateurs régionaux de dépistage et de prévalence des hépatites B et C. [En ligne]. 2014. [consulté le 21 fév 2015].
Disponible:
http://www.invs.sante.fr/content/download/88392/324182/version/1/file/plaquette_indicateurs_regionaux_depistage_prevalence_hepatites_B_C.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
48. InVS, CIRE Océan Indien. BVS n°6 - Syphilis à la Réunion. [En ligne]. 2010. [consulté le 27 août 2016].
Disponible:
http://invs.santepubliquefrance.fr//publications/bvs/reunion_mayotte/2010/bvs_rm_06_2010.pdf
49. InVS. L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (hors VIH), Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance - 1996-2005. [En ligne]. 2005. [consulté le 21 fév 2015].
Disponible:
http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/rapport_vih_sida_10ans-5-Epidemiologie.pdf
50. Saindou M, Bénet T, Troalen D, Abaine A, Voirin N, Giard M, et al. Prevalence and risk factors for HIV, hepatitis B virus, and syphilis among pregnant women in Mayotte, Indian Ocean, 2008-2009. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* octobre 2012;119(1):61-5.
51. De Barbeyrac B, Peuchant O, Le Roy C, Clerc M, Imounga L, Bébéar C. Infection à *Chlamydia trachomatis* : quoi de neuf? *Feuill Biol.* LIII(306):33-7.
52. CNR des infections à chlamydiae. [En ligne]. [consulté le 23 oct 2015].
Disponible: <http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux2.fr/>
53. Lyss SB, Kamb ML, Peterman TA, Moran JS, Newman DR, Bolan G, et al. *Chlamydia trachomatis* among patients infected with and treated for *Neisseria gonorrhoeae* in sexually transmitted disease clinics in the United States. *Ann Intern Med.* 5 août 2003;139(3):178-85.
54. Agence de la santé publique du Canada. Infections à *Chlamydia* - Section 5 - Prise en charge et traitement d'infections spécifiques - Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. [En ligne]. 2013. [consulté le 22 oct 2015].
Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-2-fra.php>
55. ARS Océan Indien. Plan stratégique de santé de la Réunion et de Mayotte. [En ligne]. 2011. [consulté le 18 août 2016].
Disponible: [http://www.irtsreunion.fr/IMG/file/schemas/PSRS\(1\).pdf](http://www.irtsreunion.fr/IMG/file/schemas/PSRS(1).pdf)

56. Agence de la santé publique du Canada. Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes - Section 6 - Populations spécifiques - Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. [En ligne]. 2013. [consulté le 20 fév 2015].
Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-6-6-fra.php>
57. Agence de la santé publique du Canada. Fiches signalétiques d'agents pathogènes et évaluation des risques - Sécurité des laboratoires. [En ligne]. 2016. [consulté le 28 août 2016].
Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/index-fra.php>
58. Judlin P. Chlamydiae et mycoplasmes, dépistage... Et après? CNGOF Paris, 2007. [consulté le 20 fév 2015].
Disponible: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GM_045_judlin.pdf
59. Fourmaux S, Bébéar C. Infections urogénitales liées aux Chlamydia et aux mycoplasmes. [En ligne]. 1997. [consulté le 20 fév 2015].
Disponible: <http://urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/1997/PU-1997-00070132/TEXF-PU-1997-00070132.PDF>
60. Baccino E. Médecine de la violence: Prise en charge des victimes et des agresseurs. Paris: Masson. 2006: 358p.
61. Baccino E. Médecine légale clinique: Médecine de la violence - Prise en charge des victimes et agresseurs. Elsevier Masson. 2015: 328p.
62. Code de procédure pénale. Article 706-47-2, créé par Loi 2004-204 2004-03-09 art. 47 1° JORF. [En ligne]. 10 mars 2004. [consulté le 20 fév 2015]
Disponible:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006151935&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20090827>
63. HAS. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Méthode recommandations pour la pratique clinique. [En ligne]. 2011. [consulté le 20 fév 2015]
Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf
64. Mokdad B. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineurs, Faculté de Médecine de Rouen. [En ligne]. 2013.
Disponible: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00831871/document>
65. Code pénal. Article 222-22, Modifié par Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 - art. 36 [En ligne]. Code pénal. [consulté le 20 fév 2015]
Disponible:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417677>

66. Service Public. En droit, quel âge a un mineur de 15 ans ?. [En ligne]. Octobre 2013. [consulté le 26 août 2016].
Disponible: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/002865>
67. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 4 - Secret professionnel. [En ligne]. Octobre 2015. [consulté le 26 août 2016].
Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
68. Desurmont M, Scolan V. Examen d'une victime présumée d'agression à caractère sexuel. [En ligne]. Juillet 2008, Mise à jour 2014. [consulté le 20 fév 2015].
Disponible: <http://www.medileg.fr/Examen-d-une-victime-presumee-d>
69. Code pénal. Article 223-15-2, modifié par Loi n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 133. [En ligne]. Mai 2013. [consulté le 20 fév 2015]
Disponible:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000020632131&dateTexte=20110830>
70. Direction des affaires criminelles et des grâces. Guide relatif à la prise en charge des mineurs victimes. [En ligne]. 2015.[consulté le 18 Août 2016]
Disponible: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf
71. Faroudja JM. Certificat... Attention aux pièges. [En ligne]. 2011. [consulté le 20 fév 2015]
Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats_cnom_bichat.pdf
72. Danan M. Le cadre éthique et déontologique du traitement des auteurs d'agression sexuelle en dehors et durant la judiciarisation: Problème du secret professionnel et de la responsabilité du psychiatre. [En ligne]. Psydoc-fr.broca.inserm.fr. 2001. [consulté le 20 fév 2015].
Disponible: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Danan.html>
73. Service Public. Infraction sexuelle sur majeur : viol, agression. [En ligne]. Juillet 2014. [consulté le 22 oct 2015].
Disponible: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1526>
74. Service Public. Infraction sexuelle sur mineur : viol, agression, contact via internet. [En ligne]. Avril 2016. [consulté le 26 août 2016].
Disponible: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2274>
75. Guillet-May F, Thiebaugeorges O. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol, EMC-Médecine. [En ligne]. 2004. [consulté le 20 fév 2015].
Disponible:
http://www.dematice.org/ressources/DCEM3/medeciene%20legale/D3_medleg_001/res/res_02.pdf
76. Rey-Salmon C. Examen et prise en charge des victimes d'agression sexuelle, Rev Prat. 2012; 62(6):803-808

77. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 44 - Sévices. [En ligne]. Octobre 2012. [consulté le 26 août 2016].
Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-44-sevices-268>

78. Ministère de la Justice. Mineur agressé ou abusé sexuellement. [En ligne]. Mai 2014. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: <http://www.vos-droits.justice.gouv.fr/mineurs-victimes-11965/mineur-agresse-ou-abuse-sexuellement-20720.html>

79. Conseil National de l'Ordre des Médecins, la Chancellerie, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Défense. Le praticien face aux violences sexuelles. [En ligne]. 2000, Mise à jour 2002. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/EPE/default.html>

80. Epain D. Prise en charge des victimes de viol. Accueil et prise en charge par l'urgentiste. [En ligne]. 2011. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible:
http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Prise_en_charge_des_victimes_de_viol_-_Accueil_et_prise_en_charge_par_l_urgentiste.pdf

81. Kintz P. Soumission chimique : quels produits, quels prélèvements, quelles analyses ?, J Médecine Légale Droit Méd; 2002; 45(2-3): 158-160.

82. OMS. Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. Edition révisée. [En ligne]. 2005. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43156/1/9242592633_fre.pdf

83. Corevih IDF Nord. Risque de transmission du VIH : Que faire en cas d'urgence ?. [En ligne]. Février 2011. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: <http://www.corevih-idfnord.fr/risque-de-transmission-du-vih-que-faire-en-cas-d-urgence/>

84. Bruneau A, Baril JG, Bruneau J, Dufresne S, Frappier JY, Lalonde R, et al. Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHB et au VHC dans un contexte non professionnel. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. [En ligne]. 2010. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-333-01.pdf>

85. Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Ministère de la Santé et des Solidarités. [En ligne]. 2006. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/18_Prise_en_charge_des_situations_d_exposition_au_risque_viral.pdf

86. HAS. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Guide - Affection de longue durée. [En ligne]. 2007. [consulté le 18 Août 2016].
Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/vih_guidemedecin_version_web.pdf

87. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Suivi de l'adulte infecté par le VIH. [En ligne]. 2007. [consulté le 18 fév 2015].
Disponible: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/06_Suivi_de_l_adulte_infecte_par_le_VIH.pdf
88. OMS. Surveillance de la toxicité des médicaments antirétroviraux dans le cadre des programmes de traitement antirétroviral. [En ligne]. 2013. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97135/1/WHO_HIV_2013.124_fre.pdf
89. OMS. Surveillance de la toxicité des médicaments antirétroviraux au cours de la grossesse et de l'allaitement. [En ligne]. 2013. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: http://www.who.int/hiv/topics/arv_toxicity/WHO_13039_Surveillance_Fr_Web.pdf
90. OMS. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant: vers un accès universel. [En ligne]. 2010. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44544/1/9789242599800_fre.pdf
91. OMS. Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH. Aide-mémoire VIH. [En ligne]. 2014. [consulté le 12 mars 2015].
Disponible: http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/pep_factsheet_dec2014_fr.pdf?ua=1
92. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS/SD6 A n° 2003-165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH. [En ligne]. 2003. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-23/a0231611.htm>
93. Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada. Soins primaires de l'hépatite B – Aide-Mémoire (VHB-AM). [En ligne]. 2014. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hep/hbv-vhb/index-fra.php#sec1-1>
94. Inpes. Questions-réponses sur la vaccination contre l'hépatite B - Etat des connaissances mai 2014. [En ligne]. 2014. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1567.pdf>
95. HAS. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C - argumentaire. [En ligne]. 2011. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_argumentaire.pdf
96. Agence de la santé publique du Canada. Abus Sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères - Section 6 - Populations spécifiques - Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. [En ligne]. 2013. [consulté le 22 fév 2015].
Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-6-5-fra.php>

97. Agence de la santé publique du Canada. Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement - Section 3 - Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. [En ligne]. 2013. [consulté le 22 fév 2015]. Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-3-fra.php>
98. HAS. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions. [En ligne]. Décembre 2010. [consulté le 22 fév 2015]. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1031777/depistage-et-prise-en-charge-de-linfection-a-neisseria-gonorrhoeae-etat-des-lieux-et-propositions
99. HAS. Diagnostic biologique de l'infection à *Chlamydia trachomatis* - Document d'avis. [En ligne]. Juillet 2010. [consulté le 22 fév 2015]. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498796/fr/diagnostic-biologique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-document-d-avis
100. Schachter J, McCormack WM, Chernesky MA, Martin DH, Van Der Pol B, Rice PA, et al. Vaginal swabs are appropriate specimens for diagnosis of genital tract infection with *Chlamydia trachomatis*. *J Clin Microbiol*, Août 2003;41(8):3784-9.
101. HAS. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France. [En ligne]. Février 2003. [consulté le 22 fév 2015]. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_464119/fr/evaluation-du-depistage-des-infections-uro-genitales-basses-a-chlamydia-trachomatis-en-france
102. Hamdad F, Orfila J. Diagnostic d'une infection uro-génitale à *Chlamydia trachomatis*. Apport des techniques d'amplification génique. *Prog En Urol*. 2005;15:598-601.
103. Hillis SD, Coles FB, Litchfield B, Black CM, Mojica B, Schmitt K, et al. Doxycycline and azithromycin for prevention of chlamydial persistence or recurrence one month after treatment in women. A use-effectiveness study in public health settings. *Sex Transm Dis*. Janvier 1998;25(1):5-11.
104. Kong FY, Tabrizi SN, Law M, Vodstrcil LA, Chen M, Fairley CK, et al. Azithromycin Versus Doxycycline for the Treatment of Genital Chlamydia Infection: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clin Infect Dis*. Juillet 2014;59(2):193-205.
105. Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [En ligne]. 1998. [consulté le 23 oct 2015]. Disponible: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000054>
106. Romanowski B, Robinson J, Wong T. Infections gonococciques mise à jour: Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. [En ligne]. 2013. [consulté le 26 août 2016]. Disponible: <http://www.catie.ca/sites/default/files/pdf/2013-revisions/INFECTIONS%20GONOCOCCIQUES%20JUILLET%202013.pdf>
107. Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada. Infections gonococciques : Révisé juillet 2013 - Section 5 - Prise en charge et traitement d'infections spécifiques. [En ligne]. 2013. [consulté le 22 oct 2015]. Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-6-fra.php>

108. Gülmezoglu AM, Azhar M. Interventions for trichomoniasis in pregnancy, Cochrane Database of Systematic Reviews. [En ligne]. 2011.
Disponible: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000220.pub2>
109. Agence de la santé publique du Canada. Pertes vaginales (vaginose bactérienne, candidose vulvo-vaginale, trichomonase) - Section 4 - Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques - Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. [En ligne]. 2013. [consulté le 28 août 2016].
Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-4-8-fra.php>
110. Walker GJ. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy, Cochrane Database of Systematic Reviews. [En ligne]. 2001.
Disponible: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001143>
111. HAS. Modification de la nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du *Treponema pallidum* (bactérie responsable de la syphilis) - Argumentaire. [En ligne]. 2015. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/argumentaire_syphilis_vd.pdf
112. ANSM. Traitement de la syphilis et la prévention du rhumatisme articulaire aigu : Point de situation sur les spécialités à base de benzathine benzylpénicilline en France - Point d'information. [En ligne]. Octobre 2015. [consulté le 23 oct 2015].
Disponible: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Traitement-de-la-syphilis-et-la-prevention-du-rhumatisme-articulaire-aigu-Point-de-situation-sur-les-specialites-a-base-de-benzathine-benzylpenicilline-en-France-Point-d-information>
113. HAS. Contraception d'urgence - Fiche mémo. [En ligne]. 2013. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
114. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. [En ligne]. 2013. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
115. HAS. Contraception d'urgence. Prescription et délivrance à l'avance. Recommandations en santé publique. [En ligne]. 2013. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
116. CMIT. Exposition accidentelle aux liquides biologiques: conduite à tenir. Item 362, Alinéa Plus, p319-324 (Pilly). [En ligne]. 2016. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible:
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecnpilly/ecnpilly2016-ue11-362-web.pdf>

117. CMIT. Infection à VIH - Item 165. Alinéa Plus, p.197-212 (Pilly). [En ligne]. 2016. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible:
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecnpilly/ecnpilly2016-ue6-165-web.pdf>
118. Danan M. Le praticien face aux violences sexuelles : Le traitement et le suivi. [En ligne]. Novembre 2001. [consulté le 22 oct 2015].
Disponible: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/EPE/prat_violsex6.html
119. Guérin V. STOP aux violences sexuelles! Ecoutons donc ces corps qui parlent!, Auto-Edition. [En ligne]. 2011. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/medical-stop1.pdf>
120. Sénat. Proposition de loi renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple : Lutte contre les violences au sein du couple. Rapport d'information sur les propositions de loi correspondantes. [En ligne]. 2005. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: <https://www.senat.fr/rap/r04-229/r04-2292.html>
121. Code Pénal. Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. [En ligne]. Juillet 2010.
Disponible:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032>
122. Guérin V. Stop aux Violences Sexuelles. [En ligne]. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/>
123. UNICEF France. Mineurs non accompagnés : des dangers à chaque pas. [En ligne]. 2016. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/mineurs-non-accompagnes-des-dangers-chaque-pas>
124. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. Chapitre 6, p. 163-201. [En ligne]. 2002. [consulté le 2 sept 2016].
Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42545/1/9242545619_fre.pdf
125. Ciavaldini M. Les Agressions Sexuelles - Données Épidémiologiques Générales. [En ligne]. Août 2014. [consulté le 22 oct 2015].
Disponible:
<http://193.49.126.9/conf%26rm/Conf/confagrsex/RapportsExperts/Ciavaldini.html>

ANNEXES

Annexe 1. Établissements sanitaires à Mayotte au 1^{er} janvier 2015.



Annexe 2. Agressions sexuelles dans le département de Mayotte 2013-2014.

Données de la Préfecture de Mayotte.

	ZONE GENDARMERIE						ZONE POLICE						TOTAL		
	Mois 2013	Mois 2014	Évolution	Total 2013	Total 2014	Évolution	Mois 2013	Mois 2014	Évolution	Total 2013	Total 2014	Évolution	2013	2014	Évolution
Agressions sexuelles	2	10	+400,00%	83	77	-7,23%	4	6	+50,00%	30	58	+93,33%	113	135	+19,47%
Nombre de faits élucidés	2	9	+350,00%	57	50	-12,28%	0	2	+200,00%	18	38	+111,11%	75	88	+17,33%
Taux d'élucidation	100,00%	90,00%	-10,00%	68,67%	64,94%	-5,45%	0,00%	33,33%	+33,33%	60,00%	65,52%	+9,20%	66,37%	65,19%	-1,79%
Agressions intra-familiales (homicide – 15 ans, violence, mauvais traitement)	3	3	0%	28	40	+42,86%	1	1	0%	4	6	+50,00%	32	46	+43,75%
Nombre de faits élucidés	1	5	+400,00%	22	35	+59,09%	0	0	0%	1	2	+100,00%	23	37	+60,87%
Taux d'élucidation	33,33%	166,67%	+400,00%	78,57%	87,50%	+11,36%	0,00%	0,00%	-	25,00%	33,33%	+33,33%	71,88%	80,43%	+11,91%

Annexe 3. « Fiches mémo ».

- « fiche mémo Kit AGS : Contenu - Maintenance »
- « fiche mémo Kit AGS : Qui fait quoi ? »
- « fiche mémo Kit Pharma AGS : Modalités de stockage et de délivrance »

CONTENU DES KITS

Kit de prélèvements :

- spéculums
- 1 sachet de matériel médical prêt à l'emploi : tubes et ordonnances
- 1 sachet de matériel médico-légal prêt à l'emploi : 30 écouvillons, 5 doses de sérum physiologique, 5 flacons stériles, 6 enveloppes Kraft (3 formats : A3, A4, A5), 1 paire de ciseaux stériles

Kit de médicaments :

- **renouvelé par la Pharmacie Centrale : renvoyer les kits vides après utilisation avec les ordonnances nominatives** du patient
- Localisation et modalités d'administration des médicaments décrites dans la « fiche mémo pharma »

Documents ressources plastifiés :

- logigrammes de prise en charge
- annuaire téléphonique
- tableaux d'aide à la prise en charge médicale et médico-légale

Tous les documents sont imprimables, disponibles au format PDF : lien intranet :

Services/Médicaux/Urgences/Procédure AGS aux urgences :

- Check-list de fin de prise en charge de l'urgentiste
- Modèles de certificats sous réquisition
- Formulaires d'information préoccupante
- Ordonnances de traitement
- Carnet de suivi (à imprimer au format livret si rupture)

MAINTENANCE DU KIT

Emplacement :

- Document de maintenance **à remplir entre chaque utilisation**
- 1 kit en stock dans le **bureau de l'IDE référent** (« boîte AGS stock »).

Renouvellement à chaque utilisation

- kit de médicaments: le déposer à l'IDE référent avec les ordonnances nominatives et le remplacer par le kit en stock (« boîte AGS stock »)
- kit de prélèvements : le remplacer par un nouveau kit (« boîte AGS stock »)

Renouvellement hebdomadaire : vérification complète et renouvellement par l'IDE référent

MEDECIN SENIOR DES URGENCES :

- coordonne la PEC de la victime
- prescrit les prélèvements, soins, traitements nécessaires
- rédige le certificat médico-légal en collaboration avec le gynécologue (double sous enveloppe pour le médecin qui assurera le suivi)
- remplit la check list et l'archive dans le dossier (double sous enveloppe pour le médecin qui assurera le suivi)

En fin de prise en charge :

- renseigne le **registre de traçabilité** AGS
- remplit puis remet le **carnet de suivi AGS** au patient
- range le dossier une fois clôturé dans la bannette spécifique AGS dans le bureau de l'IDE référent

INFIRMIER DES URGENCES :

- accueille la victime
- réalise les soins et traitements prescrits

En fin de prise en charge, après chaque utilisation :

- assure le renouvellement du kit de prélèvements et du kit de médicaments (« boîte stock AGS »)
- remet à l'IDE référents les kits vides, les ordonnances et les documents de traçabilité

INFIRMIER REFERENT :

- **gère le stock** de kit prélèvements et de kit médicaments dans la « boîte AGS stock »
- effectue le renouvellement des kits utilisés auprès de la pharmacie
- vérifie complètement le kit une fois par semaine : écouvillons, spéculums, kit de prélèvements et kit de médicaments, documents papiers
- signale au cadre ou aux médecins référents tout dysfonctionnement

**POUR LES INDICATIONS DES TRAITEMENTS ET LES MODALITES PRECISES,
 SE REFERER AUX DOCUMENTS PLASTIFIES DANS LE KIT**

KIT ENFANT		
	Stockage	Modalités
PREVENTION VIH :		
Solutions buvables : (< 2 ans < 15 kg ou refus cp) - VIRAMUNE - EPIVIR - RETROVIR	Réfrigérateur de la Pharmacie Centrale Délivré sur appel avec Ordonnance nominative	Administer la 1 ^e dose le + tôt possible. Délivrer le ttt pour 72h en attendant Cs de suivi
Comprimés : - COMBIVIR	Dans le kit	
PREVENTION VHB :		
- Ig 30UI/kg	Pharmacie centrale Délivré sur appel avec Ordonnance nominative	Traçabilité PDS
- Vaccin ENGERIX B10		
PREVENTION DES INFECTIONS BACTERIENNES :		
- SIGMACILLINE 50 000UI/kg IM	Réfrigérateur au SAU	Dose unique IM exclusivement aux urgences
- CEFTRIAZONE 250mg IM ou IV	Dans le kit	Dose unique aux urgences
- METRONIDAZOLE 20mg/kg/j	Dans le kit	14 jours à prescrire
- AZYTHROMYCINE 15mg/kg, sirop	Dans le kit	Dose unique aux urgences
PREVENTION GROSSESSE :		
- NORLEVO : 1cp PO	Dans le kit	Si pubère

KIT ADULTE		
	Stockage	Modalités
PREVENTION VIH :		
- KALETRA 2cp matin et soir	Dans le kit Renouvellement par la Pharmacie sur Ordonnance nominative	Délivrer pour 72h
- TRUVADA 1cp le matin		
PREVENTION VHB :		
- Ig 500UI	Pharmacie centrale Délivré sur appel avec Ordonnance nominative	Traçabilité PDS
- Vaccin ENGERIX B20		
PREVENTION DES INFECTIONS BACTERIENNES :		
- SIGMACILLINE 2,4MUI IM	Réfrigérateur au SAU	Dose unique IM exclusivement aux urgences
- CEFTRIAZONE 500mg IM ou IV	Dans le kit	Dose unique aux urgences
- METRONIDAZOLE 2g PO	Dans le kit	Dose unique aux urgences
- AZYTHROMYCINE 1g PO	Dans le kit	Dose unique aux urgences
PREVENTION GROSSESSE :		
- NORLEVO : 1cp PO	Dans le kit	Dose unique aux urgences

Annexe 4. Ordonnances nominatives (traitements).

- Ordonnance TPE VIH enfant < 2 ans (< 15kg)
- Ordonnance TPE VIH enfant > 2 ans (> 15kg)
- Ordonnance TPE VIH adulte

- Ordonnance TPE VHB enfant
- Ordonnance TPE VHB adulte

Identification du patient :

Age :

Poids :

Service :

Date :

EPIVIR® solution buvable 4mg/kg matin et soir pendant 3 jours

➤ Soitmg =mL matin et soir pendant 3 jours

ET

Enfant de moins de 2 ans (si vraiment nécessaire)

VIRAMUNE® solution buvable : 4mg/kg en 1 prise pendant 3 jours

➤ Soitmg =mL le matin pendant 3 jours

ET

De 8 à 9kg :

RETROVIR® solution buvable : 12mg/kg matin et soir pendant 3 jours

➤ Soitmg =mL matin et soir pendant 3 jours

De 9 à 15kg :

RETROVIR® solution buvable : 9mg/kg matin et soir pendant 3 jours

➤ Soitmg =mL matin et soir pendant 3 jours

NB : Si la 1^e prise est faite la nuit (quelque soit l'heure), prendre la 2^e le matin.

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature :

Cachet :

Identification du patient :

Age :

Poids :

Service :

Date :

KALETRA® solution buvable 10mg/kg matin et soir pendant 3 jours

➤ Soitmg =mL matin et soir pendant 3 jours

➤ Au cours du repas

ET

De 15 à 21kg :

COMBIVIR® : ½ comprimé matin et ½ comprimé soir pendant 3 jours

De 21 à 30kg :

COMBIVIR® : ½ comprimé matin et 1 comprimé soir pendant 3 jours

OU

Si l'enfant refuse d'avaler les comprimés de COMBIVIR®, donner les solutions buvables :

RETROVIR® solution buvable : 9mg/kg matin et soir pendant 3 jours

➤ Soitmg =mL matin et soir pendant 3 jours

ET

EPIVIR® solution buvable 4mg/kg matin et soir pendant 3 jours

➤ Soitmg =mL matin et soir pendant 3 jours

NB : Si la 1^e prise est faite la nuit (quelque soit l'heure), prendre la 2^e le matin.

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature :

Cachet :

Identification du patient :

Age :

Poids :

Service :

Date :

TRUVADA® : 1 comprimé le matin pendant 3 jours

➤ Au cours du repas

ET

KALETRA® : 200mg/50mg : 2 comprimés le matin et 2 comprimés le soir pendant 3 jours

➤ Au cours ou en dehors du repas

NB : Si la 1^e prise est faite la nuit (quelque soit l'heure), prendre la 2^e le matin.

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature :

Cachet :

Identification du patient :

Age :

Poids :

Service :

Date :

Immunoglobuline hépatite B : 30 UI/kg

➤ SoitUI (max 500UI)

➤ Une injection en IM

(2ème injection un mois après)

Vaccin hépatite B (Type Engerix B10®) :

➤ Une injection en IM dans un site différent

(puis rappel à un mois, et six mois)

NB : Conservation au réfrigérateur + traçabilité des Immunoglobulines

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature :

Cachet :

Identification du patient :

Age :

Service :

Date :

Immunoglobuline hépatite B 500 UI

➤ Une injection en IM

(2ème injection un mois après)

Vaccin hépatite B (Type Engerix B20®) :

➤ Une injection en IM dans un site différent

(puis rappel à un mois, et six mois)

NB : Conservation au réfrigérateur + traçabilité des Immunoglobulines

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature :

Cachet :

Annexe 5. « Carnet de suivi patient ».



**AGS
CARNET DE SUIVI PATIENT**

NOM.....

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical.

SOMMAIRE

Numéros utiles	Page
Information / consentement	2
1 ^e consultation : Prise en charge initiale	4
2 ^e consultation : 72 heures	6
3 ^e consultation : 15 jours	
4 ^e consultation : 1 mois	12
5 ^e consultation : 3 mois	14
6 ^e consultation : 4 mois	16
7 ^e consultation : 6 mois	19
8 ^e consultation	22
Suivi par équipe de liaison psychiatrique	25
Suivi par le service social	28
Suivi par le service social	31
Suivi par le service social	33

		<h2 style="text-align: center;">NUMEROS UTILES</h2>		AGS
				Avril 2015
DENONCER				
BRIGADE DE GENDARMERIE DE PAMANDZI				02 69 60 10 48
BRIGADE DE GENDARMERIE DE SADA				02 69 62 19 22
BRIGADE DE GENDARMERIE DE M'ZOUAZIA				02 69 62 00 48
BRIGADE DE GENDARMERIE DE M'TSAMBORO				02 69 62 13 13
BRIGADE DE GENDARMERIE DE MAMOUZOU				02 69 61 12 16
COMMISSARIAT DE MAMOUZOU				02 69 61 12 22
ASSISTANCE JURIDIQUE				
ASSOCIATION POUR LA CONDITION FEMININE ET L'AIDE AUX VICTIMES (ACFAV)				02 69 61 29 49
119 route nationale, M'Tsapéré				
CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ACCES AU DROIT				02 69 63 84 43
Tribunal de Grande Instance, Route nationale de Kawéni				
ORDRE DES AVOCATS				02 69 60 52 13
Palais de justice, Route nationale de Kawéni				
ORIENTATION - ACCOMPAGNEMENT				
SERVICE SOCIAL				02 69 61 86 39
Lu à Ve, heures ouvrables				
ASSOCIATION POUR LA CONDITION FEMININE ET L'AIDE AUX VICTIMES (ACFAV)				02 69 61 29 49
119 route nationale, M'Tsapéré				06 39 69 64 98
Permanences décentralisées dans les dispensaires de				55 55 (gratuit)
- Kahani : Lu, 8h – 12h				
- Dzoomogné : Ma, 13h – 16h				
- M'Ramadoudou : Je, 8h – 12h et 13h – 16h				
ASSOCIATION TAMA , Service à la personne				
Joignables en gendarmeries de				
- Pamandzi : Lu à Ve, 8h – 12h				06 39 67 01 56
- Sada : Lu, Ma, Je, 7h – 12h				06 39 67 06 95
- M'zouziazia : Vendredi, 7h – 12h				06 39 67 06 95
UNITES D'ACTION SOCIALE DU CONSEIL GENERAL (UAS)				
- UAS Mamoudzou : Centre médicosocial de M'Tsapéré : Lu à Ve, 7h – 12h et 12h45 – 15h45				02 69 64 33 33
- UAS Nord, Dzoomogné : Lu à Ve, 7h – 12h et 12h45 – 16h30				02 69 62 74 44
- UAS Sud, dispensaire de M'Ramadoudou : Lu, 7h – 12h et 12h45 – 15h45				02 69 62 81 79
- UAS Centre, Chiconi : Lu, 7h – 12h et 13h – 15h45				02 69 61 12 26
AIDE SOCIALE A L'ENFANCE				02 69 64 80 06
Astreinte				06 39 09 08 08

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 2

ECOUTE – SOINS – EVALUATION		
CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE (CHM) : accueil/standard :		02 69 61 80 00
Accueil des urgences 7 jours/24 heures/24		
CENTRE DE DEPISTAGE ANONYME GRATUIT (CDAG)		02 69 61 79 53
Lu à Ve, 8h – 16h		
CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE		
- Mamoudzou, CHM : Lu à Ve, 7h30 – 16h		02 69 61 47 58
- Secteur Nord :		
○ Dzoomogné : 2 fois/mois		
○ M'Tsangamouji : 1 Ma/mois		
○ Acoua : 1 Ma/mois		
○ Bandraboua : 1 Ma/mois		
- Secteur Centre :		
○ Kahani : Mer et Ve		
○ Sada : 1 Mer/mois		
- Secteur Sud :		
○ Iloni, Bandré, Bouéni : 1 Lu/mois		
○ M'Ramadoudou : tous les Mer		
- Secteur Petite Terre :		
○ Dzaoudzi : tous les Lu		
DISPENSIAIRE PERIPHERIQUES		02 69 61 80 00

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 3

 INFORMATION CONSENTEMENT	AGS
	Avril 2015

Vous avez été victime d'une agression.
 Vous allez être pris(e) en charge par un médecin.

Vous avez pu être exposé(e) à un risque de transmission d'infections virales et bactériennes ou de grossesse.
 Ce risque dépend, entre autre, de la personne contact.

Après un interrogatoire qui évaluera le risque de transmission, un examen clinique et pelvien sera réalisé en privé, en présence d'un deuxième soignant, dans le respect du secret médical.
 Des prélèvements et un traitement vous seront proposés si le risque de transmission est important afin d'éviter une éventuelle contamination.

Si vous décidez de porter plainte, les informations données au médecin pendant l'examen ne pourront être transmises aux forces de l'ordre qu'avec votre consentement en vue d'être utilisées lors d'un éventuel procès.

Pour la prévention du **VIIH**, un traitement visant à diminuer le risque de transmission vous sera prescrit pour 3 jours.
 Il est important de bien prendre le traitement. Un oubli peut entraîner une perte d'efficacité.
 Si la première prise a lieu la nuit, vous poursuivrez le traitement au matin suivant, même si la prise est rapprochée.
 Le traitement peut entraîner des troubles digestifs et une perturbation du bilan sanguin qui cesseront à l'arrêt du traitement.
 Dans les 3 jours, vous consulterez un médecin référent au CDAG. Le traitement sera poursuivi pendant 4 semaines, si le médecin le juge nécessaire.
 Si vous êtes enceinte, il est important d'en informer le médecin. Certains médicaments passent la barrière placentaire. Il existe un risque de contamination de votre enfant.

- Pour la prévention de l'**hépatite B**, un vaccin +/- sérothérapie vous seront administrés.
- Pour la prévention de l'**hépatite C**, il n'existe pas de traitement préventif. Une surveillance sérologique vous sera proposée.
- Contre les **infections bactériennes**, des antibiotiques vous seront administrés.
- Pour prévenir une éventuelle **grossesse**, dans les 72h suivant l'exposition, une contraception d'urgence vous sera proposée. Les effets secondaires possibles sont: nausées, vomissements, céphalées, douleurs abdominales, vertiges, tension mammaire.

En cas de blessure à risque, une prévention du **tétanos** sera effectuée.

En attendant les résultats des prélèvements et les effets du traitement, l'usage du préservatif est recommandé en cas de rapports sexuels.

Vous venez pour ce motif n'est pas anodine.
 Un suivi est à entreprendre avec votre médecin traitant, ou un médecin référent de l'hôpital, du CDAG ou du dispensaire.

Je soussigné(e)
 mère/père/représentant légal de l'enfant
 autorise la structure sanitaire
 à :

	OUI	NON
- Pratiquer un examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pratiquer un examen pelvien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Collecter des preuves (échantillons de liquides corporels, cheveux, ongles, sang, photos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fournir les preuves et l'information médicale à la police/gendarmerie et/ou aux tribunaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Délivrer les traitements nécessaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prise en charge par l'équipe de liaison psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prise en charge par le service social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je reconnais pouvoir refuser tout examen ou tout traitement auquel je ne désire pas me soumettre.

Fait à, le/...../20.....

Nom et signature du patient	Nom et signature du médecin sénior	Nom et signature du soignant témoin

	1^e CONSULTATION PRISE EN CHARGE INITIALE		AGS
			Avril 2015

Le/...../20.....

A h

Avec (médecin, CDAG...)

Constantes :	Poids :kg	PA :/.....
FC :/min	Température :°C	Sat :%

(cocher ce qui a été fait)

- Réquisition
 - Examen médical :
Dr.....
 - Examen par gynécologue :
Dr.....
 - Examen par pédiatre :
Dr.....
 - Equipe de liaison psychiatrique sollicitée :
Dr.....
 - Assistante sociale sollicitée
 - Autres : (chirurgie...)
.....
- Bilan biologique standard
 - BhCG plasmatiques
 - Sérologie VIH
 - Sérologie VHB
 - Sérologie VHC
 - Sérologie syphilis
 - PCR chlamydia
 - PCR gonocoque
 - Trichomonas
 - Tétanotop : résultat :

Traitements administrés :

<input type="checkbox"/> Ceftriaxone	<input type="checkbox"/> Contraception d'urgence
<input type="checkbox"/> Azithromycine	<input type="checkbox"/> Vaccin anti-VHB (1 ^e dose/3)
<input type="checkbox"/> Métronidazole	<input type="checkbox"/> Immunoglobuline VHB (1 ^e dose/2)
<input type="checkbox"/> Traitement anti-rétroviral VIH	<input type="checkbox"/> Vaccin anti-tétanos (1 ^e dose/3)
<input type="checkbox"/> Benzathine benzylpenicilline	<input type="checkbox"/> Immunoglobuline tétanos

NOTES :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 6

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 7

	ORDONNANCE TPE VIH ADULTE	AGS
		Avril 2015

Identification du patient :

Age :

Service :

Date :

Truvada® : 1 comprimé le matin pendant 3 jours :

➤ Au cours du repas, même léger

ET

Kalétra® 200mg/50mg : 2 comprimés le matin et 2 comprimés le soir pendant 3 jours :

➤ A prendre indifféremment au cours ou en dehors des repas

NB : Si la première prise est faite la nuit, prendre la deuxième prise le matin, quelque soit l'heure de la première prise.

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature :

Cachet :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical.

	ORDONNANCE TPE VIH ENFANT > 2 ANS (> 15 kg)	AGS
		Avril 2015

Identification du patient :

Age :

Poids :

Service :

Date :

Kalétra® solution buvable 10 mg/kg matin et soir pendant 3 jours

Soitmg =ml matin et soir pendant 3j

➤ au cours d'un repas

ET

De 15 à 21 kg

Combivir® ½ comprimé matin et ½ soir pendant 3 jours

De 21 à 30 kg

Combivir® : ½ comprimé matin et 1 comprimé soir pendant 3 jours

Ou, si l'enfant refuse d'avaler les comprimés, donner les deux solutions buvables de Rétrovir® (9mg/kg x2/j) et Epiriv® (4mg/kg x2/j) (cf ordonnance page suivante)

NB : Si la première prise est faite la nuit, prendre la deuxième prise le matin, quelque soit l'heure de la première prise.

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature :

Cachet :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical.

	ORDONNANCE TPE VIH ENFANT < 2 ANS (< 15 kg)	AGS Avril 2015

Identification du patient :
 Age :
Poids :
 Service :
 Date :

- Eпивir® solution buvable 4 mg/kg matin et soir pendant 3 jours
 Soitmg =ml matin et soir pendant 3j

ET

- Enfant de moins de 2 ans (si vraiment nécessaire)*
 Viramune® solution buvable : 4 mg/kg en une prise pendant 3 jours
 Soitmg =ml matin pendant 3j

ET

- De 8 à 9 kg*
 Rétrovir® solution buvable 12 mg/kg matin et soir pendant 3 jours
 Soitmg =ml matin et soir pendant 3j
De 9 à 15 kg
 Rétrovir® solution buvable 9 mg/kg matin et soir pendant 3 jours
 Soitmg =ml matin et soir pendant 3j

NB : Si la première prise est faite la nuit, prendre la deuxième prise le matin, quelque soit l'heure de la première prise.

Nom et prénom du médecin prescripteur :
 Signature :
 Cachet :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 10

	ORDONNANCE Autres traitements (antalgiques, sédatifs, contraception....)	AGS Avril 2015

Identification du patient :
 Age :
Poids :
 Service :
 Date :

Nom et prénom du médecin prescripteur :
 Signature :
 Cachet :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 11

	2^e CONSULTATION 48-72 HEURES		AGS
			Avril 2015

Le/...../20.....

A h

Avec (médecin, CDAG...)

Constantes :	Poids :kg	PA :/.....
FC :/min	Température :°C	Sat :%

Résultats du bilan initial:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - NFS : - ASAT : - ALAT : - VIH : - VHB : - VHC : | <ul style="list-style-type: none"> - BhCG : - Syphilis : - Chlamydia : - Gonocoque : - Trichomonas : |
|--|---|

Bilan effectué ce jour :

NOTES :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 12

	ORDONNANCE		AGS
			Avril 2015

Identification du patient :

Age :

Poids :

Service :

Date :

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature :

Cachet :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 13

	3^e CONSULTATION J15	AGS Avril 2015

Le/...../20.....

A h

Avec (médecin, CDAG...)

Constantes :	Poids :	kg	PA :	/.....
FC :	/min	Température :	°C	Sat :
				%

Bilan prélevé ce jour :

- NFS
- Créatinine
- ALAT
- BnCG plasmatiques

Conduite à tenir pour :

- VIH :
- VHB :
- VHC :
- Grossesse :

NOTES :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 14

	ORDONNANCE	AGS Avril 2015

Identification du patient :

Age :

Poids :

Service :

Date :

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature :

Cachet :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 15

	4^e CONSULTATION M1		AGS
			Avril 2015

Le/...../20.....

A h

Avec (médecin, CDAG...)

Constantes :	Poids :kg	PA :/.....
FC :/min	Température :°C	Sat :%

Résultats du bilan de la 3^e consultation :

- NFS
- Créatinine
- ALAT
- BhCG plasmatiques

Bilan prélevé ce jour :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NFS
<input type="checkbox"/> Créatinine
<input type="checkbox"/> ALAT
<input type="checkbox"/> BhCG selon risque | <input type="checkbox"/> PCR Chlamydia
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH : Ac anti-VIH, Ag P24 ou ARN VIH
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB : Ag-HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc
<input type="checkbox"/> Sérologie VHC
<input type="checkbox"/> Sérologie syphilis selon risque |
|--|--|

Conduite à tenir pour :

- VIH :
- VHB :
- VHC :
- Grossesse :

Traitements administrés :

- Immunoglobuline VHB (2^e dose/2)
- Vaccin VHB (2^e dose/3)

NOTES :

	ORDONNANCE	AGS
		Avril 2015

Identification du patient :
 Age :
Poids :
 Service :
 Date :

Nom et prénom du médecin prescripteur :
 Signature :
 Cachet :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 18

	5^e CONSULTATION M3	AGS
		Avril 2015

Le/...../20.....
 A h
 Avec (médecin, CDAG...)

Constantes :	Poids :kg	PA :/.....
FC :/min	Température :°C	Sat :%

Résultats du bilan de la 4^e consultation:

<ul style="list-style-type: none"> - NFS : - Créatinine - ALAT : - Sérologie syphilis : 	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH : - Sérologie VHB : - Sérologie VHC : - PCR chlamydia
---	--

Bilan prélevé ce jour:

<input type="checkbox"/> Sérologie VIH : Ac anti-VIH <input type="checkbox"/> Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc	<input type="checkbox"/> ALAT <input type="checkbox"/> Sérologie VHC si risque <input type="checkbox"/> PCR-VHC si séroconversion ou ↗ ALAT
---	---

Conduite à tenir pour:

<ul style="list-style-type: none"> - VIH : - VHB : - VHC : - Tétanos : Vaccin (2^e dose/3) - Grossesse :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 19

NOTES :

	ORDONNANCE	AGS
		Avril 2015

Identification du patient :
Age :
Poids :
Service :
Date :

Nom et prénom du médecin prescripteur :
Signature :
Cachet :

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 20

A la fin de chaque consultation, faire une photocopie des pages remplies et la consigner dans le dossier médical. 21

	6^e CONSULTATION M4		AGS
			Avril 2015

Le/...../20.....

A h

Avec (médecin, CDAG...)

Constantes :	Poids :kg	PA :/.....
FC :/min	Température :°C	Sat :%

Résultats du bilan de la 5^e consultation :

- ALAT :
- Sérologie VIH :
- Sérologie VHB :
- Sérologie VHC :

Bilan prélevé ce jour :

- Sérologie VIH : Ac anti-VIH ALAT
- Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc Sérologie VHC si risque
- PCR-VHC si séroconversion ou ↗ ALAT

Conduite à tenir pour :

- VIH :
- VHB :
- VHC :

NOTES :

	ORDONNANCE	AGS
		Avril 2015

Identification du patient :
 Age :
Poids :
 Service :
 Date :

	7^e CONSULTATION M6	AGS
		Avril 2015

Le/...../20.....
 A h
 Avec (médecin, CDAG...)

Constantes :	Poids :kg	PA :/.....
FC :/min	Température :°C	Sat :%

Résultats du bilan de la 5^e consultation :

- Sérologie VIH :
- Sérologie VHB :
- Sérologie VHC :
- ALAT :

Bilan prélevé ce jour :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sérologie VIH : Ac anti-VIH | <input type="checkbox"/> ALAT |
| <input type="checkbox"/> Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc | <input type="checkbox"/> Sérologie VHC si risque |
| | <input type="checkbox"/> PCR-VHC si séroconversion ou ↗ ALAT |

Conduite à tenir pour :

- VIH :
- VHB :
- VHC :

Nom et prénom du médecin prescripteur :
 Signature :
 Cachet :

Traitements administrés :

- Vaccin VHB (3^e dose/3)

NOTES :

	ORDONNANCE	AGS
		Avril 2015

Identification du patient :

Age :

Poids :

Service :

Date :

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature :

Cachet :

	8^e CONSULTATION APRES M6		AGS
			Avril 2015

Le/...../20.....

A h

Avec (médecin, CDAG...)

Constantes :	Poids :kg	PA :/.....
FC :/min	Température :°C	Sat :%

Résultats du bilan de la 5^e consultation :

- Sérologie VIH :
- Sérologie VHB :
- Sérologie VHC :
- ALAT :

Bilan prélevé ce jour :

- Sérologie VIH : Ac anti-VIH ALAT
- Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc Sérologie VHC si risque
- PCR-VHC si séroconversion ou ↗ ALAT

Conduite à tenir pour :

- VIH :
- VHB :
- VHC :
- Tétanos : Vaccin (3^e dose/3) à prévoir à M12 ?

NOTES :

	ORDONNANCE	AGS
		Avril 2015

Identification du patient :
 Age :
Poids :
 Service :
 Date :

	SUIVI PAR L'EQUIPE DE LIAISON PSYCHIATRIQUE	AGS
		Avril 2015

RDV du/...../20.....
 A h
 Avec

RDV du/...../20.....
 A h
 Avec

RDV du/...../20.....
 A h
 Avec

Nom et prénom du médecin prescripteur :
 Signature :
 Cachet :

RDV du/...../20.....
A h
Avec

	SUIVI PAR LE SERVICE SOCIAL	AGS
		Avril 2015

RDV du/...../20.....
A h
Avec

RDV du/...../20.....

A h
Avec

RDV du/...../20.....
A h
Avec

RDV du/...../20.....
A h
Avec

Annexe 6. Résumé « Kit AGS » SAU Mamoudzou 2016



Elaboration et mise en place d'un kit de prise en charge en urgence des victimes d'agression sexuelle. Centre Hospitalier de Mayotte - Service des Urgences. Anaïs Winchenne, Dr Jeanne DUPRAT.

Mots clés : agression sexuelle, urgence médico-légale, kit de prise en charge, circuit patient, multidisciplinarité, dépistage, suivi.

Les SAU jouent un rôle essentiel dans le parcours des victimes. Notre Ministre de tutelle l'a récemment confirmé en nous demandant de parfaire l'organisation de nos services pour l'accueil des celles-ci (médecin référent, formation et sensibilisation, mise à disposition d'outils et de kits). Notre jeune département aux fortes singularités socio-culturelles et démographiques, dépourvu d'UMJ, est particulièrement touché.

Entre novembre 2014 et juin 2015, un groupe multidisciplinaire (urgentistes, gynécologues, pédiatres, médecins CDAG, psychiatres, police, Procureur...) a effectué une revue systématique de la littérature.

Dès juin 2015, dans le seul SAU de l'île, le «kit AGS» (Agression Sexuelle) donne les outils médico-psycho-socio-légaux nécessaires à une prise en charge en urgence, centrée sur la victime elle-même.

Les urgences, lieu d'accueil, sont aussi le lieu de centralisation de tous les soins et d'organisation du suivi.

**LIVRET de PEC
MULTIDISCIPLINAIRE
des VICTIMES
de VIOLENCES SEXUELLES**

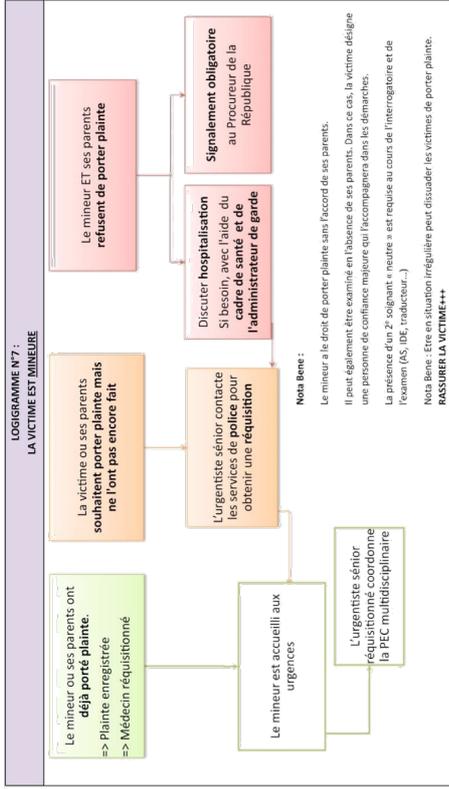


CENTRE HOSPITALIER

SOMMAIRE

- Procédure.....3
- Logigramme général.....5
- Définitions - Points importants.....6
- Rôles de chacun - Organisation du suivi.....8
- Fiche pratique : Numéros utiles.....12
- Accueil en amont des Urgences.....14
- Accueil aux Urgences.....20
- RIT AGS - Composition et mode d'emploi.....23
 - KIT médico-légal.....24
 - KIT médical.....26
- Outils de PEC médico-légale.....32
 - Rapport réquisition victime majeure.....33
 - Rapport réquisition victime mineure.....44
 - Formulaire information préoccupante - signalement majeur.....50
 - Formulaire information préoccupante - signalement mineur BASS.....59
- Check. Lit urgente de fin de PEC.....66
- Logigramme d'aide au suivi des risques infectieux et de grossesse.....69

Le kit, au-delà d'un document ressource institutionnel (sommaire ci-dessus), met à disposition le matériel médical, les certificats, un carnet de suivi et les médicaments nécessaires à la prise en charge immédiate aux urgences, et aussi en amont et en aval du SAU.



Entre le 30 juin 2015, date de sa mise en place, et le 20 décembre 2015, le kit nous a permis de tracer dans un registre 43 victimes accueillies, dont 8 seulement étaient majeures.

Il a fait l'objet de nombreuses adaptations et mises à jour depuis 6 mois, au fil des retours d'expérience des urgentistes, des différents partenaires hospitaliers et des services de justice, de police et de gendarmerie.

Un audit interne est prévu pour 2016 afin d'optimiser l'outil, et la diffusion des informations concernant ces prises en charge. Le dépistage de ces violences reste à optimiser dans nos services de soins, et la population à sensibiliser.

RESUME

Introduction : Les violences sexuelles sont un problème de santé publique majeur dont l'ampleur épidémiologique et l'impact humain sont sous-estimés. Les départements et territoires d'Outre-Mer seraient particulièrement touchés. Les médecins généralistes sont souvent le premier recours des victimes. Mayotte, jeune département français, est une petite île de l'archipel des Comores dépourvue d'unité médico-judiciaire. Elle se distingue des autres départements français par une forte identité culturelle, une immigration clandestine comorienne massive et une large désertification médicale. La prise en charge des victimes d'agression sexuelle (AGS), non protocolisée, y est insuffisante. Comment l'optimiser en tenant compte des contraintes et spécificités locales des systèmes de soins et judiciaire ?

Objectif : Elaboration et mise en place d'un protocole de prise en charge pluridisciplinaire des victimes d'agression sexuelle à Mayotte.

Matériel et méthodes : Dès 2014, après validation par la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), un groupe de travail pluridisciplinaire animé par une même volonté d'améliorer le parcours de soins des patients victimes d'agression sexuelle est créé autour d'un noyau dur. Il est constitué d'une interne en médecine générale, de médecins généralistes travaillant en dispensaire et au CHM, urgentistes, gynécologues, pédiatres, chirurgiens, psychiatres, biologistes, pharmaciens, assistantes sociales, juristes, représentants de police et gendarmerie. Le Procureur de la République et le Préfet de Mayotte ont également participé aux discussions et prises de décisions. Un relevé épidémiologique à partir des données de la Préfecture de Police et de la Gendarmerie Nationale ainsi qu'une revue systématique de la littérature et du Code pénal ont été effectués.

Résultats : Un protocole de prise en charge traitant les différents axes (médical, médico-légal, psychologique, social) et adapté à l'offre de soins locale a été élaboré. Disponible dans tous les sites périphériques (dispensaires) et services du CHM, il coordonne l'intervention des différents acteurs impliqués dans les parcours de soins et judiciaire des victimes d'agression sexuelle. Le « Kit AGS » disponible aux urgences du CHM met à disposition du soignant l'ensemble du matériel nécessaire. La création d'un « carnet de suivi patient » destiné à la victime facilite la transmission de l'information au patient et entre les différents intervenants.

Conclusion : L'élaboration et la mise en place d'un protocole de prise en charge pluridisciplinaire des victimes d'agression sexuelle à Mayotte flèche désormais leur parcours médico-judiciaire, tout en coordonnant l'intervention des différents acteurs. Le travail de sensibilisation de la population et des autorités, ayant déjà permis la création d'une unité de victimologie sur l'île, se poursuit.

Mots-clés : Mayotte, Infractions sexuelles, Gestion des soins aux patients, Continuité des soins, Infections sexuellement transmissibles, Médecine légale, Communication interdisciplinaire.

PERMIS D'IMPRIMER

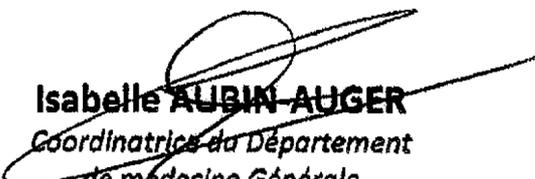
VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Isabelle AUBIN AUGER

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date 14/07/2016



Isabelle AUBIN AUGER
*Coordinatrice du Département
de médecine Générale
de l'Université Paris Diderot
16 Rue Henri Huchard
75890 PARIS Cedex 18*

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

RESUME

Introduction : Les violences sexuelles sont un problème de santé publique majeur dont l'ampleur épidémiologique et l'impact humain sont sous-estimés. Les départements et territoires d'Outre-Mer seraient particulièrement touchés. Les médecins généralistes sont souvent le premier recours des victimes. Mayotte, jeune département français, est une petite île de l'archipel des Comores dépourvue d'unité médico-judiciaire. Elle se distingue des autres départements français par une forte identité culturelle, une immigration clandestine comorienne massive et une large désertification médicale. La prise en charge des victimes d'agression sexuelle (AGS), non protocolisée, y est insuffisante. Comment l'optimiser en tenant compte des contraintes et spécificités locales des systèmes de soins et judiciaire ?

Objectif : Elaboration et mise en place d'un protocole de prise en charge pluridisciplinaire des victimes d'agression sexuelle à Mayotte.

Matériel et méthodes : Dès 2014, après validation par la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), un groupe de travail pluridisciplinaire animé par une même volonté d'améliorer le parcours de soins des patients victimes d'agression sexuelle est créé autour d'un noyau dur. Il est constitué d'une interne en médecine générale, de médecins généralistes travaillant en dispensaire et au CHM, urgentistes, gynécologues, pédiatres, chirurgiens, psychiatres, biologistes, pharmaciens, assistantes sociales, juristes, représentants de police et gendarmerie. Le Procureur de la République et le Préfet de Mayotte ont également participé aux discussions et prises de décisions. Un relevé épidémiologique à partir des données de la Préfecture de Police et de la Gendarmerie Nationale ainsi qu'une revue systématique de la littérature et du Code pénal ont été effectués.

Résultats : Un protocole de prise en charge traitant les différents axes (médical, médico-légal, psychologique, social) et adapté à l'offre de soins locale a été élaboré. Disponible dans tous les sites périphériques (dispensaires) et services du CHM, il coordonne l'intervention des différents acteurs impliqués dans les parcours de soins et judiciaire des victimes d'agression sexuelle. Le « Kit AGS » disponible aux urgences du CHM met à disposition du soignant l'ensemble du matériel nécessaire. La création d'un « carnet de suivi patient » destiné à la victime facilite la transmission de l'information au patient et entre les différents intervenants.

Conclusion : L'élaboration et la mise en place d'un protocole de prise en charge pluridisciplinaire des victimes d'agression sexuelle à Mayotte flèche désormais leur parcours médico-judiciaire, tout en coordonnant l'intervention des différents acteurs. Le travail de sensibilisation de la population et des autorités, ayant déjà permis la création d'une unité de victimologie sur l'île, se poursuit.

Mots-clés : Mayotte, Infractions sexuelles, Gestion des soins aux patients, Continuité des soins, Infections sexuellement transmissibles, Médecine légale, Communication interdisciplinaire.