

Septembre 2013

## LA CU POUR LES SURVIVANTES DE VIOL

Un impératif du domaine des droits de la femme et de santé publique

Selon de nouvelles estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un tiers des femmes dans le monde seront victimes de violence au cours de leur vie ; on estime que 7.2% des femmes subiront une agression sexuelle par un étranger et que beaucoup plus (23-36% selon l'endroit) seront victimes de rapports sexuels non consentis avec leur partenaire intime.<sup>1</sup> S'ajoute au traumatisme physique et psychologique du viol, le fait que les victimes de violences sexuelles risquent également des grossesses non désirées et une exposition à des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH/SIDA.

Les victimes de violences sexuelles (femmes et hommes) ont besoin de toute une gamme de soins émotionnels, psychologiques et médicaux. Les services médicaux pour les soins prodigués suite à un viol devraient inclure une prophylaxie contre les IST, dont le VIH, et la contraception d'urgence (CU) afin de réduire le risque de grossesse. Si la prophylaxie VIH est souvent prodiguée, la CU est peu fréquemment proposée malgré un risque plus élevé de grossesse que de VIH.<sup>2,3</sup> **La contraception d'urgence doit être facilement disponible dans les centres de soins d'urgence aussi bien en tant qu'impératif des droits de la femme que de santé publique.**

### Au sujet de la contraception d'urgence

Les pilules de contraception d'urgence (PCU), parfois appelées « pilule du lendemain », peuvent être utilisées afin de prévenir une grossesse jusqu'à 120 heures (cinq jours) après un rapport non protégé, comme cela arrive souvent lors de rapports contraints ou forcés. Les PCU doivent être prises aussi rapidement que possible après un rapport non protégé parce qu'elles sont inefficaces lorsqu'une femme est proche de l'ovulation ; un accès rapide est donc essentiel. Les PCU au lévonorgestrel, forme la plus répandue, fonctionnent principalement en empêchant l'ovulation ;<sup>4,5</sup> elles ne peuvent pas mettre fin ou interférer avec une grossesse en cours. Les PCU réduisent le risque de grossesse jusqu'à 50% et probablement jusqu'à 80-90% pour un seul acte sexuel non protégé. En cas de non disponibilité de produit dédié à la CU, des doses plus élevées de contraceptifs oraux combinés, traitement connu sous le nom de « méthode Yuzpe », peuvent être utilisées comme contraception d'urgence. (Pour plus d'information sur la méthode Yuzpe, merci de consulter [www.not-2-late.com](http://www.not-2-late.com).)

Bien que certains gouvernements et prestataires imposent un âge minimum pour l'accès à la PCU, les PCU sont sans danger et efficaces pour les femmes de tous âges. Ainsi, les survivantes de viol, quel que soit leur âge, peuvent et devraient pouvoir avoir accès à la contraception d'urgence, dès qu'elles sont pubères ou considérées comme étant en danger de tomber enceinte.

Certains pays requièrent un test de grossesse avant que les PCU puissent être administrées comme élément des soins après un viol. Cependant, l'OMS et d'autres organisations ne soutiennent pas le test de grossesse sachant que les PCU ne fonctionneront pas si une femme est déjà enceinte et n'interféreront pas avec une grossesse en cours.<sup>6,7</sup>

En plus des PCU, le dispositif intra-utérin en cuivre (DIU) peut également être utilisé comme contraception d'urgence, y compris après un viol. Le DIU en cuivre est la méthode de contraception la plus efficace, avec une efficacité proche des 100%, et est sûr pour les femmes de tous âges et quelle que soit la parité, y compris pour celles n'ayant jamais eu d'enfants. Bien que beaucoup de prestataires et établissements de soins de santé ne proposent pas le DIU dans les soins après un viol, les DIU peuvent être proposés comme option de CU aux survivantes d'agressions sexuelles avec en simultané des tests IST et un traitement prophylactique, sous condition que les protocoles de consentement informé soient minutieusement suivis et que la collecte de preuves médico-légale ne soit pas compromise.<sup>8</sup> Dans les endroits où les prestataires

sont formés à l'insertion de DIU, le DIU peut être proposé comme option de contraception d'urgence, en plus de l'option des PCU, et permettre ainsi aux femmes de choisir la méthode qu'elles préfèrent.

## Instructions et normes mondiales pour la CU après un viol

La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique soutient le droit des survivantes de viol à l'accès à la CU.<sup>9</sup> L'OMS a publié de nouvelles instructions mondiales sur la violence sexuelle en 2013, comprenant des recommandations claires quant à la délivrance de la CU dans le cadre de soins immédiats et complets propres aux femmes.<sup>8</sup>

Le Comité des Nations Unies contre la torture, organisme de contrôle des accords pour la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (CAT), a également écrit que l'échec de la légalisation de la distribution de la CU orale aux survivantes de viol constitue une infraction au CAT.<sup>10</sup> De plus, en 2013, la 57<sup>e</sup> session de la Commission de la condition de la femme des Nations Unies (organisme mondial d'élaboration de politiques) a conclu que tous les états membres devaient exiger des premiers intervenants qu'ils incluent la CU dans leurs soins après un viol.<sup>11</sup>

Un document de politique régionale de la Communauté de Développement d'Afrique Australe (SADC) demande aux états d'assurer l'accès à la CU pour les survivantes d'agressions sexuelles d'ici 2015.<sup>12</sup> L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et le Plan d'Urgence du Président pour la Lutte contre le SIDA (PEPFAR) ont publié des directives pour des programmes du PEPFAR sur l'encadrement clinique des enfants et adolescents ayant survécu à des agressions sexuelles qui incluent la délivrance de la CU dans le cadre d'une intervention complète suite à des violences sexuelles, ainsi qu'une description du stade de développement auquel ils recommandent l'offre de la CU aux jeunes filles.<sup>13</sup>

## L'accès à la CU dans les soins après un viol est souvent faible

Les PCU sont disponibles dans la plupart des pays, mais tous les systèmes publics de santé (où beaucoup de femmes demandent des soins après un viol) n'offrent pas les PCU.<sup>14</sup> De plus, certains gouvernements nationaux (dont ceux du Costa Rica, Honduras et Philippines) n'autorisent toujours pas les femmes à accéder à des PCU dédiées, y compris en dehors du système public.

*Même dans les systèmes de santé des pays où les PCU sont disponibles, elles ne sont souvent pas fournies sur place aux femmes sollicitant des soins après un viol.* En Afrique du Sud par exemple, une étude a montré que seulement 14% des jeunes filles entre 12 et 17 ans recevaient la CU dans le cadre de soins après un viol.<sup>15</sup> De la même façon, une enquête auprès de services d'intervention multisectoriels («centres tout-en-un») pour les survivants d'agressions sexuelles au Kenya et en Zambie ont révélé que trois centres sur cinq ne proposaient pas les PCU sur place aux survivantes.<sup>16</sup> Aux États-Unis, les enquêtes indiquent que la moitié des hôpitaux ne fournissent pas sur place la CU aux survivantes d'agressions sexuelles, et que moins d'un centre sur cinq fournissaient des services complets aux patientes suite à une agression sexuelle.<sup>17</sup> Un autre échantillonnage de services d'urgences américains n'a révélé aucune amélioration dans l'approvisionnement de la CU entre 2004 et 2009.<sup>18</sup>

Dans les endroits où l'accès à un avortement médicalisé est restreint, l'échec de l'offre de la CU par les structures d'urgence expose une survivante de viol à un préjudice supplémentaire, si elle tombe enceinte ou se tourne vers un avortement clandestin pour mettre un terme à sa grossesse.

## Améliorer l'accès à la CU dans les soins après un viol: politiques, soins médicaux de première ligne et mise en pratique

### Assurer l'inclusion de la CU dans les soins après un viol au sein des politiques nationales et des lois locales

Au niveau national, les pratiques et les conseils sur l'approvisionnement de la CU dans le cadre de soins après un viol varient de façon significative. Certains gouvernements nationaux, tels que ceux du Kenya,<sup>19</sup> Equateur,<sup>20</sup> Afrique du Sud,<sup>21</sup> Brésil<sup>22</sup> et États-Unis,<sup>23</sup> ont publié des directives d'encadrement de survivants d'agressions sexuelles recommandant l'utilisation de la CU. Cependant, beaucoup de gouvernements n'ont pas de directives nationales pour les soins à prodiguer après un viol, ou alors ont des directives n'incluant pas spécifiquement la CU. S'assurer que la CU est explicitement incluse dans les directives nationales de soins à prodiguer après un viol peut aider à standardiser la CU comme étant un composant essentiel du traitement.

## Approvisionnement en première ligne de la CU dans le cadre de soins après un viol

Les professionnels de santé sont souvent le premier point de contact pour les survivantes de viol et en tant que tels, ils jouent un rôle important dans la prévention de grossesses non voulues et dans la protection des droits de la femme. Ils devraient pouvoir être formés pour la délivrance de la CU et leurs structures devraient stocker la CU afin que les prestataires puissent offrir la CU sur place aussi rapidement que possible, plutôt que d'envoyer les survivantes de viol vers des pharmacies. Ils devraient également être en mesure d'offrir un service d'aide sur l'efficacité de la CU et sur son mécanisme d'action.

Cependant, dans de nombreuses situations, les officiers de police, les infirmiers urgentistes, les travailleurs sociaux, et autres professionnels non-médicaux peuvent être le premier point de contact après une agression sexuelle et peuvent ainsi jouer un rôle essentiel dans l'offre de soins, y compris la CU, auprès des survivantes. Dans des situations où ces professionnels ne sont pas autorisés par les réglementations pharmaceutiques à fournir les PCU, des systèmes de recommandation peuvent être mis en place.<sup>24</sup> Dans certains cas, des changements de pratique permettant aux prestataires non-médicaux de pouvoir administrer la CU peuvent améliorer l'accès des femmes à la CU après une agression sexuelle. Une étude par le Population Council de la province de Copperbelt en Zambie, par exemple, montre que la politique de formation et d'équipement permettant de fournir la CU après un viol (d'après des directives communautaires de distribution du planning familial) a amélioré l'accès à la CU, poussant les membres leaders de la communauté à dire: « Nous pouvons désormais faire des signalements rapides à la police parce que nous savons que nous y trouverons une assistance telle que la CU. »<sup>25</sup> Le signalement de viols a augmenté de 48% dans les commissariats participants de 2006-2007.

## Faire appliquer des lois et politiques qui protègent les survivantes de violences sexuelles

Même dans les endroits où les pratiques existantes requièrent que les professionnels de santé et autres intervenants de première ligne administrent la CU aux survivantes de viol, des efforts doivent être faits afin de s'assurer que ces pratiques sont appliquées. Une surveillance régulière peut aider à s'assurer que l'approvisionnement de la CU n'est pas négligé.

L'application de ces lois et politiques doit également répondre à des cas où les individus, les institutions, et/ou les gouvernements ont cité « l'objection de conscience » comme raison pour ne pas fournir aux survivantes de viol un accès rapide à la CU. Les gouvernements ont la responsabilité de s'assurer que toutes les structures fournissent des soins complets après un viol et que les lois et/ou pratiques sur l'objection de conscience n'entravent pas l'accès des survivantes de viol à la CU. Les lois permettant aux travailleurs médicaux privés et publics de s'opposer consciencieusement à l'administration de la CU, même en cas de viol, et sans rendre obligatoires des moyens alternatifs d'accès à la CU, enfreignent les droits et libertés des survivantes de violences sexuelles. Alors que l'Eglise catholique a souvent exprimé son opposition à la CU, certains leaders de l'Eglise catholique ont fait la distinction entre le viol et d'autres cas de rapports sexuels non protégés.<sup>26</sup> Aux Etats-Unis par exemple, la Directive 36 des *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* (Directives éthiques et religieuses pour les services médicaux catholiques) soutient l'administration de la CU dans les cas d'agressions sexuelles et lorsqu'il peut être prouvé qu'une grossesse n'est pas déjà établie (c.-à-d., avec un test de grossesse).<sup>27</sup>

## Recommandations

La contraception d'urgence peut empêcher une grossesse après un viol et est sûre en toutes circonstances pour les femmes de tous âges. Par conséquent:

- Les gouvernements doivent mettre en œuvre et appliquer des politiques garantissant des soins après un viol qui soient compatissants et complets, et qui incluent la mise à disposition rapide et sur place de CU à la fois par les professionnels médicaux et non-médicaux.
- Les institutions médicales, les politiques médicales, les formations, ainsi que les systèmes d'approvisionnement doivent soutenir la mise à disposition de la CU.
- Lorsque c'est adéquat, les professionnels non-médicaux devraient être autorisés à fournir les PCU ou à recommander les patients à des spécialistes.
- L'objection de conscience ne doit pas entraver la délivrance de la CU.

Ne pas s'assurer que les survivantes de viol reçoivent la CU peut nuire à la santé physique et psychologique des femmes, particulièrement dans les endroits où l'avortement est illégal ou indisponible, et enfreint les droits de la femme.

## Références

- 1 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against prevalence and women: health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013
- 2 Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;175:320-325.
- 3 McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics and Gynecology* 2005;105(1):99-108.
- 4 Noe G, Croxatto H, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Munoz c, Morales G, Retamales A. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception* 2011; 84(5): 486-92.
- 5 Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation – a pilot study. *Contraception* 2007; 75(2): 112-118.
- 6 De Santis M, Cavaliere AF, Straface G, Carducci B, Caruso A. Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertility and Sterility*, 2005, 84:296-299.
- 7 Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Yu W, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 2009, 24:1605-1611.
- 8 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. 2013.
- 9 Jina R, Jewkes R, Munjanja SP, Mariscal JD, Dartnall E, Gebrehiwot Y. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010;109:85-92.
- 10 United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, Committee against Torture. Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Peru, adopted by the Committee at its forty-ninth session. 29 October – 23 November, 2012. ([http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/crr\\_Peru\\_CAT\\_concluding\\_observations.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/crr_Peru_CAT_concluding_observations.pdf)).
- 11 UN Commission on the Status of Women (CSW), Agreed conclusions: Elimination and prevention of all forms of violence against women and girls. 2013, E/2013/27-E/CN.6/2013/11.
- 12 Southern African Development Community. SADC Protocol on Gender and Development. 2008. ([http://www.sadc.int/files/8713/5292/8364/Protocol\\_on\\_Gender\\_and\\_Development\\_2008.pdf](http://www.sadc.int/files/8713/5292/8364/Protocol_on_Gender_and_Development_2008.pdf)) Accessed 28 February 2014.
- 13 Day K, Pierce-Weeks, J. The Clinical Management of Children and Adolescents Who Have Experienced Sexual Violence: Considerations for PEPFAR Programs. USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1. 2013. ([http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One\\_Report\\_PEPFAR\\_PRC\\_TechConsiderations.pdf](http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_Report_PEPFAR_PRC_TechConsiderations.pdf)) Accessed 28 February 2014.
- 14 USAID. Contraceptive Security Indicators. (<http://deliver.jsi.com/dhhome/whatwedo/commsecurity/csmeasuring/csindicators>). Accessed 13 May 2013.
- 15 Sohaba N, Mullick S, Van Blerk L, and Khoza D. Evaluation of Post Rape Care Services for Children in Limpopo and North West Provinces. Presented at the XIX International AIDS Conference, Washington, D.C., July 22, 2012.
- 16 Keesbury J, Onyango-Ouma W, Undie C, Maternowska C, Mugisha F, Kageha E, Askew A. Review and Evaluation of Multi-Sectoral Response Services ("One-Stop Centers") for Gender-Based Violence in Kenya and Zambia. Population Council. Nairobi, Kenya 2012.
- 17 Patel A, Roston A, Tilmon S, Patel D, Roston A, Keith L. Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Jul 10.
- 18 Patel A, Tilmon S, Bhogireddy V, Chor J, Patel D, Keith L. Emergency contraception after sexual assault: changes in provision from 2004 to 2009. *J Reprod Med*. 2012 Mar-Apr;57(3-4):98-104.
- 19 Ministry of Health, Kenya. Trainer's manual on clinical care for survivors of sexual violence. 2007.
- 20 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Normative y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. December 2008.
- 21 Ministry of Health, South Africa. National Management Guidelines for Sexual Assault. October 2003.
- 22 Ministério da Saúde, Brasília. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2ª edição. 2004.
- 23 United States Department of Justice Office on Violence Against Women. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations: Adults/Adolescents, Second Edition. April 2013.
- 24 Vernon R, Schiavon R, Llaguno SA. Emergency contraception as an element in the care of rape victims. Mexico City. July, 1997.
- 25 Keesbury J, Zama M, Shreeniwas S. The Copperbelt model of integrated care for survivors of rape and defilement: Testing the feasibility of police provision of emergency contraceptive pills. Population Council, 2009.
- 26 Eddy, M. Germany: Morning-After Pill Allowed for the Victims of Rape, Bishops Say, New York Times, 21 February 2013. ([http://www.nytimes.com/2013/02/22/world/europe/germany-morning-after-pill-allowed-for-the-victims-of-rape-bishops-say.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2013/02/22/world/europe/germany-morning-after-pill-allowed-for-the-victims-of-rape-bishops-say.html?_r=0).) Accessed 13 May 2013.
- 27 International Consortium for Emergency Contraception, Catholics for Choice. Emergency Contraception: Catholics in Favor, Bishops Opposed. 2010.



### International Consortium for Emergency Contraception

ICEC est organisé par Family Care International  
45 Broadway, Suite 320  
New York, NY 10006

[www.emergencycontraception.org](http://www.emergencycontraception.org)



### Sexual Violence Research Initiative

Gender and Health Research Unit  
Medical Research Council, South Africa  
1 Soutpansberg Road, Pretoria, South Africa

<http://www.svri.org>