

LES CAS CLINIQUES DE MICHAËL

Plus de cas sur <http://www.mimiryudo.com/cascliniques.php>

Cas n°14 – Faut-il porter plainte ?

(Cas rédigé pour la conférence Hippofac, dirigée par V. Sobanski et C.-E. Notredame, dans le cadre du concours blanc interconférence de Lille du 23 février 2013. Ce cas a bénéficié d'une relecture par les responsables de conférences lilloises, et par le Dr. G. Tournel, médecin légiste)

Vous accueillez à votre cabinet Marie, une patiente de 22 ans que vous suivez depuis l'enfance. De façon inhabituelle, elle a aujourd'hui le visage renfermé, ne parle presque pas, et pleure quand vous lui demandez ce qui l'amène. Elle est accompagnée par une amie qui parle à sa place : « Marie était à une soirée hier, où elle a bu deux ou trois verres d'alcool. A partir de minuit, elle ne se souvient plus de rien. Elle s'est réveillée à cinq heures du matin dans les toilettes de la discothèque, à moitié déshabillée. Il y avait du sang sur le sol. Elle pense avoir été droguée et violée. » A ces mots, Marie éclate en sanglots.

« Elle hésite à porter plainte. Elle n'a pas voulu aller aux urgences : elle ne veut voir que vous », ajoute son amie.

1/ Faut-il orienter la patiente vers le commissariat avant de réaliser l'examen clinique ?

Si non, où souhaiteriez-vous orienter votre patiente et pourquoi ?

Donnez quatre arguments possibles pour inciter la patiente à porter plainte, sachant qu'elle est majeure responsable.

2/ Peut-on parler d'état de stress aigu chez Marie ? Donnez-en les sept critères du DSM-IV pour justifier votre réponse.

Dans ce contexte, quelle précaution prenez-vous lors de l'instauration d'un anxiolytique ? Lequel préconisez-vous en première intention ?

3/ Quelles informations, autres que celles déjà apportées dans l'énoncé, allez-vous rechercher lors de l'entretien ?

4/ De quelle complication psychiatrique devez-vous informer la patiente ? Quelle consultation psychiatrique est à réaliser à distance de l'épisode ?

Malgré vos recommandations, Marie refuse d'être examinée ou interrogée par un autre que vous. L'examen clinique vous oriente vers un viol avec pénétration vaginale.

Elle est à jour dans ses vaccinations. Elle n'a pas de contraception.

Vous contactez un confrère du CISIH (Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine) qui vous confirme l'intérêt de débiter une trithérapie dans les 48 heures, avec deux analogues nucléosidiques et un anti-protéase.

5/ Quelles méthodes de contraception d'urgence pouvez-vous proposer dans cette situation ? De quoi devez-vous informer la patiente compte tenu des autres thérapeutiques ?

6/ Quels sont les cinq objectifs médicaux de votre bilan paraclinique ? Faut-il réaliser les prélèvements en double et pourquoi ?

Vous revoyez la patiente régulièrement. Elle ne prend pas de contraception et n'a pas eu de rapport sexuel depuis l'agression. Trois semaines plus tard, devant une aménorrhée, vous réalisez un dosage sanguin du béta-hCG qui revient à 28 000 mUI/ml. Une échographie obstétricale retrouve un sac intra-utérin, compatible avec une grossesse évolutive à 5 semaines d'aménorrhée.

Marie souhaite une interruption de grossesse par traitement médicamenteux.

7/ Si l'IVG est réalisée sans hospitalisation, combien de consultations sont obligatoires, et quels sont les délais entre chaque ? Détaillez brièvement le traitement médical. Que pouvez-vous proposer sur le plan médico-légal ? Quelles sont les deux principales complications devant amener à reconsulter en urgence ?

CORRECTION

GRILLE DE CORRECTION DOSSIER CCB	
Question n° 1	15 points
Non, il ne faut pas renvoyer la patiente vers le commissariat	3
Unité médico-judiciaire / Centre d'accueil spécialisé	3
Un seul examen médico-légal / Prise en charge médicosychosociale	3
Intérêt financier / Indemnisation	2
Intérêt judiciaire	2
Intérêt collectif / limiter les récives	2
Intérêt psychologique	NC
MOINS 2 POINTS SI PLUS DE 4 PROPOSITIONS	
Question n° 2	25 points
Non, on ne peut pas parler d'état de stress aigu	4
Exposition à un évènement traumatique / Menace, peur de mourir	2
Symptômes dissociatifs	2
Syndrome de reviviscence / Flash-backs	2
Évitement	2
Anxiété / Hyperactivité neurovégétative / Sursauts exagérés	2
Altération significative du comportement social	2
Durée entre 2 jours et 4 semaines	2
MOINS 4 POINTS SI PLUS DE 7 PROPOSITIONS	
Réaliser le bilan paraclinique (recherche de toxiques) avant la prise de tout psychotrope	5
Anti-histaminique / Hydroxyzine / ATARAX (pas de point si BDZ)	2
Question n° 3	10 points
Rapports antérieurs (daté) / virginité	2
Date des dernières règles	2
Contraception	2
Prise de toxiques (avant, pendant ou après)	2
Risque suicidaire	2
Question n° 4	5 points
Etat (ou syndrome) de stress post-traumatique	3
Consultation d'intervention de crise / Débriefing	2
Question n° 5	10 points
Pilule du lendemain / Lévonorgestrel	2
Dispositif intra-utérin au cuivre / Stérilet	3
MOINS 2 POINTS POUR TOUTE AUTRE PROPOSITION	

Associé à protection contre le VIH / contraception mécanique ou préservatifs 3 mois	2
Interaction du lévonorgestrel avec l'antiprotéase / Inducteur enzymatique	3
Question n° 6	20 points
Analyse ADN / identifier l'agresseur	3
Analyse toxicologique / soumission chimique	3
Bilan infectieux / Infection sexuellement transmissible	3
Grossesse en cours	3
Bilan préthérapeutique de trithérapie antirétrovirale	2
Oui, il faut réaliser les prélèvements en double	2
Intérêt médical / Envoyé au laboratoire, non sous scellés	2
Intérêt médico-légal / Sous scellés ou au congélateur en attente	2
Question n° 7	15 points
3 consultations	2
Séparées de 8 jours et 36-48 heures	2
Antiprogestérone / mifépristone / MIFEGYNE / RU 486	2
Progestatif / misoprostol / CYTOTEC	2
Prévention de l'allo-immunisation si nécessaire	1
Prélèvement et conservation des produits issus de l'IVG avec accord de la patiente (analyse ADN)	2
Hémorragie	2
Infection / Endométrite	2
TOTAL	100

1/ Faut-il orienter la patiente vers le commissariat avant de réaliser l'examen clinique ?

Si non, où souhaiteriez-vous orienter votre patiente et pourquoi ?

Donnez quatre arguments possibles pour inciter la patiente à porter plainte, sachant qu'elle est majeure responsable. (15 points)

- **Non. L'accueil** de la victime est une urgence à ne pas différer, dans un climat de sécurité et de calme, sans aller-retour administratifs intempestifs. Même s'il est préférable sur le plan juridique que les examens soient réalisés dans le cadre d'une réquisition, sur le plan médical, il ne faut pas l'attendre pour prendre en charge cette patiente.

En effet, les patientes envoyées au commissariat en attente de réquisition, avant de pratiquer l'examen clinique, auront tendance à ne consulter que trop tard ou jamais, et ne porteront peut-être même pas plainte⁽¹⁾.

- Le médecin doit **expliquer** les démarches, conseiller à la patiente de porter plainte, et savoir l'orienter vers un centre d'accueil spécialisé (**unité médico-judiciaire**), afin de ne réaliser **qu'un seul examen médico-légal, par un médecin compétent et expérimenté (gynécologue, médecin légiste), dans le cadre d'une prise en charge médico-psycho-sociale**⁽²⁻⁴⁾.

L'examen physique est ainsi réalisé dans de bonnes conditions techniques (« tout doit être mis en œuvre pour que les impératifs de la prise en charge médicale ne constituent pas un traumatisme supplémentaire pour la victime », DGS mai 1997), éthiques et psychologiques.

Cet examen a les 3 mêmes buts que celui qui pourrait être réalisé en cabinet :

- réaliser des prélèvements pour identifier l'agresseur
- prévenir les complications
- rédiger un certificat médical.

- Le médecin peut conseiller à la patiente de porter plainte pour différentes raisons⁽⁴⁾ :
 - **Intérêt financier** : le dépôt de plainte permet à la victime d'obtenir une provision auprès des Commissions d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI). Par ailleurs, les examens paracliniques sont pris en charge par la justice en cas de plainte
 - **Intérêt judiciaire** : les prélèvements effectués sur réquisition sont mis sous scellés et acquièrent une force probante certaine. Dans le cas contraire, la déposition du médecin n'aura valeur que de témoignage.
 - **Intérêt collectif** : limiter les récidives (soumission chimique, viol)
 - **Intérêt psychologique possible** : le recours à la justice et la reconnaissance par du statut de victime est une étape susceptible de permettre à la personne de se reconstruire.

Le médecin peut faire le signalement auprès du Procureur de la République pour les mineurs, majeurs protégés et autres personnes vulnérables. Il peut également le faire avec les majeurs responsables, à la condition d'avoir le consentement de la personne.

Pour rappel, un viol désigne tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit (organe sexuel dans un orifice, objet dans un orifice sexuel), commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise (art. 222-23 du Code Pénal). Il s'agit d'un crime, jugé en cour d'assises, qui peut être puni par 15 ans de réclusion criminelle. Les autres agressions sexuelles (attouchements, exhibition sexuelle, harcèlement sexuel) sont des délits, jugés par un tribunal correctionnel.

Les circonstances aggravantes à rechercher sont : mineur de moins de 15 ans, victime vulnérable (dont une grossesse connue de l'agresseur), auteur ayant autorité sur la victime (professeur, tuteur, parents...), mutilation ou infirmité permanente, viol en réunion, menace d'une arme et, depuis 2006, le viol entre époux.

2/ Peut-on parler d'état de stress aigu chez Marie ? Donnez-en les sept critères du DSM-IV pour justifier votre réponse.

Dans ce contexte, quelle précaution prenez-vous lors de l'instauration d'un anxiolytique ? Lequel préconisez-vous en première intention ? (25 points)

Non. La durée doit être d'au moins 2 jours. Les critères de l'état de stress aigu selon le DSM-IV sont :

- Exposition à un **évènement traumatique** menaçant avec peur intense
- **Symptômes dissociatifs** pendant ou après l'évènement (détachement, réduction de conscience de l'environnement, déréalisation, dépersonnalisation, amnésie dissociative)
- Syndrome de **reviviscence** (images, rêves, flash-backs...)
- **Evitement** des stimuli éveillant la mémoire du traumatisme (pensées, lieux...)
- **Anxiété** ou **hyperactivité** neurovégétative (irritabilité, hypervigilance, sursauts exagérés, troubles du sommeil...)
- **Altération significative du fonctionnement social**
- **Durée entre 2 jours et 4 semaines suivant l'évènement traumatisant.**

Si les symptômes persistent après 28 jours, on peut évoquer un état de stress post-traumatique (ESPT).

La patiente doit **réaliser les examens paracliniques (recherche de toxique) avant toute prise de psychotrope**, afin de rechercher une soumission chimique.

On évitera au maximum les benzodiazépines, et on préférera un **anti-histaminique sédatif, type hydroxyzine ATARAX**. *Notez que la prise en charge est la même en post-traumatisme immédiat qu'à 2 jours, même s'il faut en théorie 2 jours pour parler d'état de stress aigu, selon les définitions actuelles.*

3/ Quelles informations, autres que celles déjà apportées dans l'énoncé, allez-vous rechercher lors de l'entretien ? (10 points)

Comme toujours dans ce genre de questions fleuves, essayez de scinder votre réponse en AVANT / PENDANT / APRES, et mettez vous dans la situation de rédiger votre certificat médical, qui devra être le plus complet possible.

Vous recherchez les **antécédents personnels** médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, **et gynéco-obstétricaux** :

- Chirurgie gynécologique, malformations...
- Grossesses antérieures, voie d'accouchement
- **Rapports sexuels antérieurs ou virginité**
- **Date des dernières règles**, ou date de début de grossesse le cas échéant
- **Date du dernier rapport consenti avant** l'agression (et identité du partenaire).
- **Contraception** en cours et efficacité attendue (oubli récent...)
- **Sérologies** antérieures

Vous recherchez également la **prise de toxiques** ou de traitements, la notion d'allergies médicamenteuses, les vaccinations (surtout VHB) (*non coté, car la patiente est suivie depuis l'enfance, on présume que le médecin est en mesure de savoir si elle est bien vaccinée...*)

Concernant l'agression, vous recueillez les **circonstances des faits allégués**, ou « **commémoratifs** » (déjà bien développées dans l'énoncé) :

- Où : lieu (ici la discothèque)
- Quand : date, heure (ici, entre minuit et cinq heures du matin)

- Qui : nombre d'agresseurs, lien avec la victime (et s'il est connu par elle, quels sont ses antécédents sérologiques ?)
- Comment :
 - Amnésie (suspicion de soumission chimique) : dernier souvenir avant l'agression, premier souvenir après
 - **Prise de médicaments ou de drogues préalables**
 - Déroulement : attouchements, pénétration, éjaculation, utilisation de préservatif, utilisation d'objets...
 - Facteurs aggravants : menaces, coups et blessures, arme, drogues

Vous détaillez enfin les **évènements entre l'agression et l'arrivée au cabinet** :

- **Toilette (buccale, génitale, anale), miction, exonération avant l'examen**
- **Prise de médicaments, d'alcool, de drogues**

Enfin, vous notez les **plaintes fonctionnelles ou doléances de la patiente** (saignement vaginal ou anal, brûlures mictionnelles, douleurs, troubles du sommeil...)

L'attitude de la patiente permet de faire le point sur le **retentissement émotionnel aigu** (anxiété, mutisme, agitation, comportements automatiques, confusion...) avec notamment **l'évaluation du risque suicidaire** (et si possible évaluer l'entourage, ce qui n'est pas évident en pratique).

NB. L'examen clinique, décrit et expliqué calmement à la patiente au fur et à mesure, sera réalisé en demandant à la patiente de se déshabiller en deux temps (haut puis bas). Il notera :

- *Aspect général : dégâts vestimentaires, odeurs...*
- *Examen cutané complet : lésions cutanéomuqueuses, idéalement photographiées avec son autorisation (contrairement aux idées reçues, la plupart des abus sexuels sont effectués sans violence physique surajoutée).*
- *Examen gynécologique (inspection externe y compris les poils pubiens, recherche de sperme en lumière de Wood, description de l'hymen – pas seulement en cas de virginité, examen au spéculum).*
- *Examen anal (fissures, béance anale, rupture sphinctérienne avec disparition focalisée des plis radiés en « trou de serrure », tonicité sphinctérienne au toucher rectal facultatif)*
- *Examen buccal*

Le certificat médical, remis à l'autorité judiciaire ou à la victime, comprend la date, l'heure, les commémoratifs, les doléances, l'examen clinique descriptif, des schémas datés (voire des photos), l'énumération des prélèvements réalisés (cheveux compris), la discussion (compatibilité entre les lésions et les dires, interprétation de l'examen génital), conclusion avec l'ITT. Tout doit pouvoir être démontré et motivé.

4/ De quelle complication psychiatrique devez-vous informer la patiente ? Quelle consultation psychiatrique est à réaliser à distance de l'épisode ? (5 points)

Il faut prévenir la patiente du risque de **l'état de stress post-traumatique** ou **syndrome de stress post-traumatique** (ESPT en français, PTSD pour les anglo-saxons).

La patiente doit bénéficier si possible d'une **consultation d'intervention de crise (débriefing)**, à 30 jours minimum de l'évènement selon la HAS, mais réalisée au mieux et en pratique souvent avant ce délai.

La consultation d'intervention de crise (defusing en péri-traumatique, débriefing à distance), à environ 30 jours de l'agression, se décompose en trois temps : écoute, échange, rédaction du certificat et information sur le suivi.

Sur la forme^(8,9), les intérêts sont :

- d'apprécier le vécu de l'agression (sidération anxieuse ou agitation inadaptée – réflexes archaïques de camouflage ou de fuite)
- de **verbaliser les émotions**
- **d'informer sur les complications possibles (syndrome de stress post-traumatique)**
- de rassurer sur la normalité des sentiments (repli sur soi, verbalisation difficile, sentiment de culpabilité, de souillure, honte)
- **d'essayer d'évaluer l'entourage et le risque de passage à l'acte suicidaire**
- débiter une prise en charge psychothérapeutique
- **d'initier un traitement anxiolytique (en évitant les benzodiazépines) sur une courte période (après prélèvements biologiques), voire un arrêt de travail initial court.**

Sur le fond, le médecin doit être empathique et féliciter la patiente pour son courage d'être venue (renforcement positif), sans induire la culpabilité (« que faisiez-vous là à cette heure-là ? comment étiez-vous habillée ? ») et sans banaliser (« maintenant, il va falloir oublier »). Toute insinuation même légère sur la véracité peut être interprétée comme une nouvelle agression.

La prise en charge psychologique comprend également un avis psychiatrique (en urgence en cas d'antécédents psychiatriques, de dépression manifeste, de déréalisation, de dépersonnalisation, de risque suicidaire, de répercussion sur la vie sociale).

*Il ne faut pas négliger l'apport des **associations de victimes**, et celui (au moins théorique) de la **reconnaissance** du statut de victime : il faut inciter (avec prudence) la patiente à porter plainte, voire faire le signalement au Procureur de la République avec son accord pour initier et simplifier les démarches.*

5/ Quelles méthodes de contraception d'urgence pouvez-vous proposer dans cette situation ? De quoi devez-vous informer la patiente compte tenu des autres thérapeutiques ? (10 points)

Il existe deux méthodes de contraception d'urgence⁽⁵⁾ :

- **Pilule du lendemain: lévonorgestrel 1,5 mg** dans les 120 heures (5 jours) après le rapport, quel que soit le moment du cycle
- **Dispositif intra-utérin au cuivre** dans les 5 jours (le plus efficace), jusqu'à 7 jours

Un **contraceptif mécanique (préservatif)** doit être utilisé :

- **jusqu'au retour des règles** en cas d'utilisation de la pilule du lendemain (à visée contraceptive)

- **pendant 3 mois en cas d'ignorance du statut VIH de l'agresseur** (à visée de protection des partenaires de la victime).

Il faut informer la patiente du **risque de moindre efficacité du progestatif (lévonorgestrel) à cause de l'antiprotéase, inducteur enzymatique.**

Par ailleurs, le traitement prophylactique anti-infectieux comporte :

- La vaccination DTP, VHB
- Une trithérapie anti-rétrovirale pour le VIH (caractère traumatique du viol, surtout en cas de contact sanglant comme ici) avec prévention de la transmission (évacuation du don du sang...)
- Une antibiothérapie dirigée contre *Neisseria gonorrhœae* et *Chlamydia trachomatis*, préconisée⁽⁶⁾ :
 - o Azithromycine 4 comprimés de 250 mg dose unique
 - o Ceftriaxone 500 mg en une intra-musculaire

6/ Quels sont les cinq objectifs médicaux de votre bilan paraclinique ? Faut-il réaliser les prélèvements en double et pourquoi ? (20 points)

Le bilan paraclinique comprend un bilan sanguin, un bilan urinaire, des prélèvements locaux, et éventuellement des radiographies en cas de traumatisme, avec pour objectifs :

- **Analyse ADN / identifier l'agresseur**
 - o Ecouvillonnage (vaginal, col utérin, anal, buccal, selon contexte : peau, vêtements...), grattage sous-unguéal, peignage des poils pubiens : spermatozoïdes, salive, poils, cheveux, peau...
 - o Prélèvement sur EDTA pour connaître l'empreinte génétique de la patiente (ou cytobrosse endobuccale à frotter deux fois sur les deux parois latérales). Examen à réaliser également chez la/les personne(s) avec qui elle a eu des rapports sexuels récemment.
- **Analyse toxicologique / recherche de soumission chimique**
 - o Toxiques sanguins sur tube sec (alcool, psychotropes)
 - o Toxiques urinaires
 - o Eventuellement, dans un second temps (dans un délai de 6 semaines), recherche de toxiques sur cheveux (2 mèches de 5 mm de diamètre à mettre dans une enveloppe kraft) : permet de connaître la consommation antérieure, et meilleure détection du GHB. Cela justifie d'informer initialement la patiente de ne pas se couper ni se teindre les cheveux !
- **Bilan infectieux**
 - o Ecouvillonnage à la recherche de *Neisseria gonorrhœae* si symptomatique
 - o PCR sur premier jet d'urine à la recherche de *Chlamydia trachomatis*
 - o Sérologie VIH, VHB, VHC, TPHA-VDRL, à renouveler à 1 mois et 3 mois (4 mois si un traitement antirétroviral est prescrit)
 - o ECBU
- **Recherche de grossesse antérieure au viol**
 - o Béta-hCG
- **Bilan préthérapeutique** (trithérapie antirétrovirale)
 - o NFS, ionogramme sanguin, urée, créatinine, bilan hépatique complet, lipase

Oui, il faut réaliser les prélèvements en double, car la prise en charge d'une victime de violences sexuelles par les médecins doit toujours être **médicale** et **médico-légale**. Les prélèvements sont étiquetés avec l'identité, l'heure, le site de prélèvement et le laboratoire destinataire. Ils sont à réaliser au plus vite, idéalement dans les 72 premières heures (preuves fugaces).

En cas de réquisition, l'Officier de Police Judiciaire (OPJ) délivre les kits de prélèvements et fait les scellés, qui serviront pour l'enquête judiciaire :

- 2 tubes de 10 ml de sang sur EDTA, 2 tubes secs d'urine pour expertise toxicologique par des techniques d'analyses chromatographiques (technique de référence coûteuse, non remboursée par la sécurité sociale mais prise en charge par les frais de justice en cas de plainte).
- A visée médicale (non sous scellés) : 1 tube EDTA, 1 tube sur fluorure de sodium, 1 flacon d'urine, à envoyer au laboratoire de pharmacotoxicologie (dosage immunochimique des psychoactifs, alcoolémie, alcoolurie)

En absence de réquisition, il faut tout de même **réaliser les prélèvements en double (à visée médicale ET médico-légale)**, en prévision d'une plainte future, et mettre des échantillons d'écouvillonnage au congélateur à -18°C (après séchage 30-60 minutes à l'air libre) — sauf les cheveux ou vêtements, à conserver dans des pochettes kraft. En pratique :

- 1 tube EDTA, 1 tube sur fluorure de sodium, 1 flacon d'urine, à envoyer au laboratoire de pharmacotoxicologie (dosage immunochimique des psychoactifs, alcoolémie, alcoolurie)
- 2 tubes EDTA, 2 tubes d'urines à mettre au congélateur en attente d'un dépôt de plainte et de la mise sous scellés. Leur valeur sera moindre que si les prélèvements avaient été réalisés sous réquisition, avec un matériel fourni par l'OPJ (mais c'est toujours mieux que zéro prélèvement a posteriori) ; ceci doit inciter à détailler avec précision dans le certificat médical les différents prélèvements réalisés et leur destination (envoi au laboratoire d'analyse et mise au congélateur pour éventuelle étude ultérieure par un laboratoire expert)^(6,7).

Attention : à Lille, on considère qu'il faut avoir une réquisition pour pouvoir faire les prélèvements à visée ADN et identification de l'agresseur. Dans certains centres en France, et notamment en région Parisienne, les médecins peuvent collecter des écouvillons au cas où la victime porterait plainte à distance ; le problème des réquisitions effectuées a posteriori sera le risque de vice de procédure formulé par les avocats de la défense (dixit le Dr. Gilles Tournel).

A noter que la molécule la plus fréquemment utilisée n'est pas le GHB (« drogue du violeur ») mais les benzodiazépines à longue durée d'action (flunitrazépam ROHYPNOL...).

7/ Si l'IVG est réalisée sans hospitalisation, combien de consultations sont obligatoires, et quels sont les délais entre chaque ? Détaillez brièvement le traitement médical. Que pouvez-vous proposer sur le plan médico-légal ? Quelles sont les deux principales complications devant amener à reconsulter en urgence ? (15 points)

Trois consultations sont obligatoires, séparées respectivement de **8 jours** (2 jours en cas de procédure d'urgence) et de **36-48 heures** :

- **Première consultation** :

- échographie obstétricale,
- information sur les alternatives et aides,
- explication des méthodes médicales et chirurgicales,
- remise d'un guide,
- certificat écrit et daté de demande d'IVG,
- bilan d'hémostase (TP, TCA, groupe, Rhésus, RAI),
- proposition d'un entretien social dans la semaine (obligatoire pour les mineures)
- **Deuxième consultation à J8 :**
 - Confirmation écrite nominale (et autorisation légale d'un majeur pour les mineures)
 - prévoir la contraception au décours,
 - **traitement par antiprogéstérone (mifépristone MIFEGYNE RU486 3 comprimés pour l'AMM, 1 seul comprimé pour l'ANAES)**
 - **prévention de l'allo-immunisation rhésus par immunoglobulines anti-D RHOPHYLAC si Rhésus négatif**
- **Troisième consultation à 36-48 heures :**
 - **Traitement par progestatif (misoprostol CYTOTEC 2 comprimés de 200 mg), au cours d'une hospitalisation de 3 heures**
 - Déclaration anonyme à l'ARS

Compte tenu des délais, la grossesse peut être le fruit du viol. Les produits anatomiques issus de l'IVG pourraient donc être **prélevés et gardés pour analyse ADN afin d'identifier l'agresseur.**

Une quatrième consultation est facultative à 2-3 semaines (vacuité utérine à l'échographie de contrôle, diminution de 80% du taux d'hCG). Bien sûr, le soutien psychologique tient une place importante à chaque consultation.

Les deux complications (exceptionnelles) sont :

- **Hémorragie** (1,5% environ), souvent prolongée et abondante, exceptionnellement cataclysmique.
- **Infection** (1% environ) : **endométrite**

Les métrorragies attendues démarrent en général 2 à 4 heures après le misoprostol (30 minutes à 10 heures), sont abondantes pendant deux heures, puis diminuent en volume mais persistent pendant 10-13 jours (jusqu'à 60 jours).

Les autres effets indésirables habituels du misoprostol sont des nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales, dont la patiente doit être informée.

SOURCES / EN SAVOIR PLUS

1. Linet T, Nizard J. Constats de violences sexuelles : rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique. <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/03682315/00330002/99/> [Internet]. 2008 Sep 3 [cited 2013 Feb 7]; Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/114946/resultatrecherche/11>
2. Gosset Didier, Hédouin Valéry. Violences sexuelles. La Revue du Praticien. 2002;52(7):734-8.
3. CNGOF. Item 183 - Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles (Université de Nantes) [Internet]. [cited 2013 Feb 7]. Available from: <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item183/site/html/cours.pdf>

4. Le praticien face aux violences sexuelles [Internet]. 2000 [cited 2013 Feb 7]. Available from: http://www.afpssu.com/ressources/violences_sexuelles_ordre_med.pdf
5. OMS | Contraception d'urgence [Internet]. WHO. [cited 2013 Feb 9]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>
6. Rougé-Maillart C. Prise en charge des violences sexuelles. EMC - Gynécologie. 2011 Jan;6(3):1-13.
7. Sec Isabelle. Conduite à tenir devant une suspicion de soumission chimique. La Revue du Praticien. 2012 juin;62(6):808-10.
8. Giraudeau N., Langlois M., Thibaut F. Item 183 - Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles (Université de Rouen, fascicules.fr Psychiatrie) [Internet]. [cited 2013 Feb 7]. Available from: <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.util.LectureFichierJoint?CODE=1109343566714&LANGUE=0>
9. Abgrall-Barbry G., Dantchev N. Examen de retentissement psychologique après une agression. 2012 Juin;62(6):801-2.

Items :

- 3 — Le raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur des preuves. L'aléa thérapeutique.
- 8 — Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation.
- 27 — Contraception.
- 28 — Interruption volontaire de grossesse
- 41 — Troubles anxieux et troubles de l'adaptation
- 95 — Infections sexuellement transmissibles
- 183 — Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles

RETOURS SUR LE DOSSIER APRES CORRECTION DES 155 COPIES

Moyenne 50,8 +/- 9,56 (min 4, max 68).

Il y a une différence significative entre Hippofac (54,8 +/- 8,03) versus Lille Internat (45,84 +/- 9,93, $p = 0,004$), La conférence (48,2 +/- 8,89, $p = 0,003$), Calmette (45,84 +/- 9,92, $p = 0,001$) et Caducée (48,22 +/- 8,45, $p = 0,05$, avec une moins bonne puissance du fait du petit nombre d'étudiant)... Attention, c'est sur CE cas particulier (et inhabituel), il ne faut pas généraliser !

Du côté du correcteur, sachez que le temps par copie diminue au fil des corrections. La cotation est meilleure pour les copies les plus simples et claires sur les points tendancieux de synonymes « j'accepte-ou-pas ? » Les copies qui livrent un blabla en vrac sont moins bien vues, forcément (je me permets parce que moi-même j'étais du genre vrac, et parfois un peu blabla...)

Vous n'y pouvez rien mais j'ai été plus impitoyable à la fin, car j'avais en tête tous les « je cote, je ne cote pas » tandis que j'ai tâtonné plus au début et sûrement distribué quelques points sur des termes que je n'ai plus accepté ensuite. Ça me semble inévitable, même aux vraies ECN (et je rappelle que la triple correction n'intervient qu'en cas d'écart supérieur à 10%, donc environ 7 points d'écart !)

Concernant la forme

- Globalement, les dossiers étaient bien présentés et agréables à lire.
- L'un des buts du dossier était de vous obliger à bien organiser les réponses avec de nombreuses sous-questions. Certains d'entre vous font ça très bien. Pensez à répondre CLAIEMENT, et surtout DANS L'ORDRE des questions. **N'oubliez pas des parties de questions** (ça a été récurrent sur la partie thérapeutique de la question 2).

- Certains font des phrases trop longues ou sans mots-clés, ce qui gêne la recherche des idées attendues (*les questions telles que « la patiente s'est-elle changée ? a-t-elle pris une douche ? a-t-elle des projets de grossesse ? » ne seront jamais cotées ainsi ; allez à l'essentiel : « changement de vêtements, douche, grossesse en cours ». De la même façon, dans la question 2, difficile, évitez de « pleurs, sanglots » sans parler d'anxiété, qui semble bien plus cotable.*) **Pensez à votre correcteur qui ne lira pas vos copies (ou très vite), mais y cherchera les mots/idées clés.**
- Parmi toutes les idées qui vous viennent, demandez-vous lesquelles risquent d'être vraiment cotées, et mettez-les en premier. Si vous avez du temps, vous pouvez développer les idées annexes (*telles que le changement de vêtements, les rapports post-viol...*) ensuite pour rajouter des points au cas où. **Pour vous entraîner, vous pouvez essayer de répondre à un dossier à la maison en mettant seulement 50 ou 60 mots.**
- Certaines réponses sont trop détaillées par rapport à ce qui est demandé, ce qui peut vous mettre en difficulté concernant le temps disponible (*notamment la question 3 sur « l'entretien » où certains ont développé l'examen clinique, ou la question 6 sur les « objectifs » où j'ai souvent vu des listes d'examens complémentaires*). Là encore, vous pouvez éventuellement faire ça mais en fin de réponse, si vous avez trop de temps libre, après avoir relu tous vos dossiers...
- L'énoncé est parfois éludé lors des réponses (*question 3 où presque tout le monde a demandé de redécrire les violences subies, alors qu'il est dit dans l'énoncé que la victime ne se souvient de rien, question 6 où l'absence de plainte n'a pas été comprise par tout le monde alors qu'il est dit « Marie refuse d'être interrogée ou examinée par un autre que vous »*).

Concernant le fond

- Question 3 : énormément d'**oubli de l'évaluation du risque suicidaire** lors de l'entretien. Certains l'ont mis à la question 2 ou 4, mais en oubliant de la remettre ici. Une solution à cet oubli pourrait être de raisonner ainsi : « dossier de psychiatrie → évaluation du risque suicidaire → à quelle(s) question(s) vais-je le mettre ? » (questions 2-3-4 ici étaient possibles, donc le mettre partout). Si j'avais mis un PMZ dessus, les notes auraient été très différentes !
- Question 5 :
 - o Les deux moyens de contraception d'urgence sont la pilule du lendemain (lévonorgestrel NORLEVO) ou du surlendemain (ulipristal ELLAONE) ET le dispositif intra-utérin au cuivre. Le DIU aux progestatifs n'est pas indiqué par manque d'études (<http://www.fqpn.qc.ca/contenu/contraception/methodes/urgence/postcoital.php>)
 - o Pour l'OMS, le DIU est recommandé pour le viol avec faible risque d'IST et n'est pas recommandé pour le « viol à haut risque d'infection à Chlamydia ou Gonocoque, pour éviter le risque accru de maladie inflammatoire pelvienne lié à l'insertion du DIU ».
 - o Dans ce document sur le viol, page 58 (http://www.afpsu.com/ressources/violences_sexuelles_ordre_med.pdf), le stérilet est proposé comme contraception d'urgence sous antibioprofylaxie

OU après avoir réalisé les prélèvements (la PCR Chlamydia se positive 2-3 heures après contamination, la PCR Gonocoque est maintenant réalisable).

- Au final, comme la question est ouverte "quelles méthodes pouvez-vous proposer", le DIU est proposable sous couverture des protections infectieuses.
 - Les anti-protéases interagissent bien avec les pilules d'urgence : <http://depts.washington.edu/hiv aids/drug/case4/discussion.html>
 - Ne parlez pas d'implant, de RU-486 (ou 483, 489...), de curetage ou de spermicide comme moyen de contraception d'urgence.
- Question 6 :
- La question était trop facile en fait, et a rééquilibré les discriminations qui avaient pu se faire sur les précédentes questions...
 - Notez que l'absence de sperme n'infirme pas le viol (pour des raisons évidentes). La présence de sperme ne le confirme pas non plus, il indique une relation sexuelle, c'est la justice qui déterminera l'absence de consentement.
 - Sur les questions fermées telles qu'ici « 5 objectifs », ne répondez pas des mots-clés génériques non spécifiques du dossier. Ce n'est pas « diagnostic positif / signes de gravité / complications / retentissement » qui sera coté, mais bien des idées liées au dossier.
 - L'ADN prélevé et congelé se conserve (les mammoths en sont la preuve). Les prélèvements devaient donc être mis au congélateur à défaut des scellés, en vue d'une éventuelle procédure pénale ; le but des prélèvements en double n'est pas « en cas d'erreur de prélèvement au laboratoire » ou pour une « expertise / contre-expertise ».
 - Certes, l'analyse ADN est un objectif médico-légal plutôt que médical, si on veut être précis... Toutefois, si c'est médico-légal, c'est légal... et médical ! Par ailleurs, dans un dossier de viol, il va falloir parler de recherche d'ADN à un moment ou à un autre. Ne cherchez pas « le petit piège sournois dans le dossier », il n'y en a pas ou très rarement...
- Question 7 :
- Globalement, la question de l'IVG n'est pas bien claire.
 - Il y a une dernière recommandation, de la HAS, dont je n'ai pas bien tenu compte pour ma correction et j'en suis désolé (ça ne change rien en pratique à la grille de cotation puisque ça reste 3 consultations et que les délais entre les médicaments restent les mêmes).
 - **Je vous invite fortement à la lire** ici : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_961137/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse (celle du CNGOF a été réactualisée en 2009, la HAS en 2010).
 - A la lecture de cette recommandation, le nombre de consultations ne risque pas de tomber parce que ce n'est pas limpide. Pour la HAS, 3 consultations sont obligatoires :
 - 2 consultations préalables à l'IVG, dont – a priori mais ce n'est pas clair – la deuxième qui permet de délivrer le mifépristone.
 - 1 visite de contrôle à 14 ou 21 jours (**elle était facultative, elle est obligatoire maintenant**)

- **La consultation obligatoire de prise de misoprostol lors d'une hospitalisation de 3h est devenue facultative.**
- Il y a une erreur dans la correction : **le misoprostol est une prostaglandine et non un progestatif.**
- Le méthotrexate est réservé aux GEU, pas à l'IVG. Ne parlez pas non plus d'ocytocine ou de lévonorgestrel là.
- **L'ordre des médicaments est le suivant :**
 - **Anti-progestatif** (prépare le col, sensibilise l'utérus aux prostaglandines) : **mifépristone MIFEGYNE (RU 486)**
 - **Prostaglandine E1** (déclenchement de l'accouchement) à **36-48 heures** : **misoprostol CYTOTEC PO**
- Enfin, l'échec est bien un motif de reconsultation mais n'est pas vraiment une complication (ça se discute en tout cas) et surtout, ça ne doit pas amener la patiente aux urgences dans l'heure, mais à son médecin ayant réalisé l'IVG dans des délais brefs...
- Bonne idée pour ceux qui ont mis antalgiques et anti-émétiques, c'est aussi ça qu'on attend !

Enfin, dans les perles, j'ai lu :

- « recherche de semence » (... poète !),
- « contraception efficace » plusieurs fois, en lieu et place de préservatif (vous avez déjà conseillé des contraceptions inefficaces ?),
- « prélèvements vaginaux en double aveugle » (sous le soleil des tropiques, sans doute : trop de LCA tue la LCA...),
- Que proposer sur le plan légal après l'IVG : « test de paternité » (euh...), « donner un prénom à l'enfant » (ce n'est pas glauque du tout)
- Complication de l'IVG : « échec de contraception » (cap'tain Obvious) ou « douleur hémorragique » (2 en 1, comme les shampooings).

A bientôt pour de nouveaux cas ! ;-)