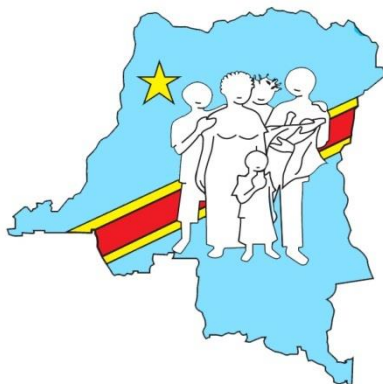


REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



SECRETARIAT GENERAL

**NORMES DE LA ZONE DE SANTE RELATIVES AUX
INTERVENTIONS INTEGREES DE SANTE DE LA MERE,
DU NOUVEAU-NE ET DE L'ENFANT EN REPUBLIQUE
DEMOCRATIQUE DU CONGO**



VOLUME 7

**PRISE EN CHARGE
MEDICALE DES SURVIVANTS
DE VIOLENCE SEXUELLE**

Edition 2012

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	iii
REMERCIEMENTS	v
PREFACE	vii
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	xi
INTRODUCTION	1
SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES	5
1.1. Définition	5
1.2. Objectifs.....	5
1.3. Cibles / Bénéficiaires.....	5
1.4. Moment / Périodicité.....	5
SECTION II : NORMES	6
2.1. Normes d'interventions	6
2.2. Normes de ressources humaines.....	6
2.3. Normes d'infrastructures.....	7
2.4. Normes de ressources matérielles.....	7
SECTION III : DIRECTIVES	10
3.1. Directives relatives à l'accueil et à la préparation de la SVS avant l'examen.....	10
3.2. Directives relatives à l'anamnèse et au recueil du récit des faits.....	11
3.3. Directives relatives à l'examen physique et génital.....	13
3.4. Directives relatives à la collecte des preuves médico-légales ..	18
3.5. Directives relatives à la prescription du traitement aux SVS	19
3.6. Directives relatives au suivi médical du/de la SVS.....	23
3.7. Directives relatives à l'organisation de la collaboration avec les autres structures de prise en charge des SVS.....	24
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	25

ANNEXES	26
Annexe 1 : Protocole de traitement et prévention des IST	26
Annexe 2 : Protocole de PPE du VIH	28
Annexe 3 : Protocole pour la contraception d'urgence pour la pilule progestative.....	30
Annexe 4 : Schéma pour l'administration de VAT et SAT	31
Annexe 5 : Calendrier de suivi des patients/patientes de SVS .	32
Annexe 6 : Liste	

REMERCIEMENTS

L'année 2010 a été marquée au Ministère de la Santé Publique par une intense dynamique de réforme ainsi que par l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) par le Gouvernement de la République. Ces produits ont été l'aboutissement des efforts inlassables conjugués par les acteurs des structures publiques du Ministère de la Santé Publique comme des partenaires techniques et financiers.

La mise en œuvre tant de ce plan que de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) de deuxième génération qui lui a donné naissance a nécessité l'actualisation d'un grand nombre d'instruments techniques.

Dans cet ordre d'idées, sur instructions clairvoyantes de Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique, j'ai ordonné, dès janvier 2010, à la Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques de procéder à la mise à jour des normes et directives qui régissent les interventions de santé ciblant la mère, le nouveau-né et l'enfant, lesquels sont particulièrement touchés par une morbidité et une mortalité excessives.

Je me réjouis du fait que ce processus ait impliqué l'ensemble de partenaires faisant partie de la synergie de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) et ne doute pas un seul instant que la production de ce document, articulé en huit volumes, représente une contribution significative à l'amélioration de la qualité des soins et services dans nos structures de santé ainsi que dans la communauté.

A cet effet, j'adresse mes remerciements les plus sincères à tous les experts du Ministère de la Santé Publique et des partenaires d'appui qui, sans relâche, sont parvenus au résultat attendu. Au nombre des partenaires, j'aimerais mentionner singulièrement l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), l'UNICEF (Fond des Nations Unies pour l'Enfance), et l'USAID (Agence des Etats-Unis pour le Développement

International) et ses partenaires de mise en oeuvre MSH/SPS (Management Sciences for Health / Strengthening Pharmaceutical Systems), MSH/PROSANI (Management Sciences for Health / Projet de Santé Intégré), IRC (International Rescue Committee), ProVIC (Programme de VIH intégré au Congo), MCHIP (Maternal and Child Health Integrated Partnership) et SANRU (Santé Rurale) / AXxes. La participation technique de leurs experts a été doublée d'appui financier ayant permis l'organisation matérielle des travaux.

Ces remerciements s'adressent aussi aux experts des organisations non gouvernementales, IRH (Institute of Reproductive Health), PSI/ASF (Population Services International / Association de Santé Familiale), ABEF (Association pour le Bien-être Familial), ainsi que ceux des départements de Gynéco-Obstétrique et de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kinshasa et de l'Hôpital Général Provincial de Référence de Kinshasa, de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, de la SCOGO (Société Congolaise de Gynéco-Obstétrique), de l'UNAAC (Union Nationale des Accoucheurs et Accoucheuses du Congo), de la SOPECOD (Société des Pédiatres du Congo Démocratique), des services médicaux de BDOM (Bureau Diocésain des Œuvres Médicales) et de l'Armée du Salut.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur pierre à l'édification du document, je réitère toute ma reconnaissance.



PREFACE

Le rêve des 67 millions de congolais reste celui de bâtir un pays plus beau qu'avant, un Congo uni, fort et prospère sur les 2,345 millions de Km² occupant le centre de l'Afrique. Ce rêve implique un peuple en bonne santé dont la responsabilité première repose sur le secteur de la Santé Publique avec la contribution de tous les autres secteurs. Il est contenu dans le Document Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSCR) national, traduction intérieure des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La Stratégie de Renforcement du Système de Santé, aujourd'hui à sa deuxième génération depuis le 31 mars 2010, est la réponse du secteur Santé à la lutte contre la pauvreté en République Démocratique du Congo (RDC) en ce qu'elle est le support conceptuel de la recherche du complet bien-être physique, mental et social. En vue de matérialiser les objectifs de cette stratégie, le Ministère de la Santé Publique s'est investi à la traduire dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) adopté par le Gouvernement de la République.

Les différentes structures du secteur ont été mobilisées à l'effet de produire les instruments nécessaires et d'agir en vue de générer une offre des services et soins de qualité dont la population a besoin pour promouvoir sa santé. Le document des normes et directives des interventions intégrées de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant s'inscrit dans cette logique de recherche de qualité. Il intègre les différentes composantes des interventions qui, jadis, ont été marquées par une verticalisation à travers plusieurs programmes structurels évoluant chacun pour son compte. A ce titre, ce document est appelé à devenir le support d'un travail basé sur les principes de globalité, continuité et rationalité, dans une acception des soins reposant sur la couverture universelle.

La présentation du document en plusieurs volumes thématiques constitue un atout majeur pour son utilisation facile par différents acteurs, qu'il s'agisse des prestataires, des concepteurs, des planificateurs, des décideurs, ou des chercheurs, aussi bien des secteurs publics que privés et des partenaires d'appui. Regroupées en

normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériel, médicaments, intrants et consommables, ainsi que les outils), les différentes normes ainsi définies vont désormais servir de bases pour l'implantation des plateaux techniques de nos structures de santé, tout en constituant des repères pour les évaluations des programmes mis en place. Les directives établies définissent clairement les procédures de ces interventions. Le style pratique du document fait que le lecteur pourra y trouver les renvois nécessaires à d'autres documents qui lui sont complémentaires.

Je félicite le groupe de travail de la synergie de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE), composé des experts du Ministère de la Santé Publique et des partenaires techniques et financiers, qui a su allier la rigueur scientifique à la concision et à une présentation qui favorise une utilisation aisée du document.

Par la même occasion, je témoigne toute ma reconnaissance à la haute hiérarchie politique du pays qui n'épargne aucun effort pour garantir les conditions de paix et de stabilité sans lesquelles le travail de santé ne pouvait être réalisé.

J'exhorte tous les intervenants de la santé en RDC de n'avoir aucune réserve pour contribuer à la large diffusion du document partout où le besoin se fait sentir pour le plus grand bien de la population.

Dr VICTOR MAKWENGE KAPUT

Ministre de la Santé Publique



LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

3-TC	Lamuvidine
ARV	Antirétroviraux
AZT	Zidovidine
cé	Comprimé
CS	Centre de santé
DCIP	Dépistage Conseil Initié par le Prestataire
DU	Dose unique
EDS	Enquête Démographique et de Santé
g	Gramme
HGR	Hôpital général de référence
IM	Intra musculaire
IST	Infection sexuellement transmise
kg	Kilogramme
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
LPV/r	Lopinavir
mg	Milligramme
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
PCU	Pilule contraceptive d'urgence
PEC	Prise en charge
PO	Par voie orale
PPE	Prophylaxie post expositionnelle
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
RDC	République Démocratique du Congo
SMNE	Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
SVS	Survivant de violence sexuelle
UI	Unité internationale
VIH	Virus d'immunodépression humaine
VS	Violence sexuelle
ZS	Zone de Santé

INTRODUCTION

La santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) représente actuellement une préoccupation de première importance et une priorité dans l'agenda de tous les gouvernements du monde, y compris celui de la République Démocratique du Congo (RDC). En effet, lors du sommet mondial du millénaire tenu à New York en septembre 2000, les hauts responsables des pays membres des Nations Unies ont pris l'engagement de réaliser les huit Objectifs dits du Millénaire pour le Développement (OMD). Parmi ces OMD, trois se rapportent directement au domaine de la santé, plus particulièrement la santé de la mère et de l'enfant. Ces objectifs ciblent de réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle, de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans sur la période 1990-2015 et, pour la même période, stopper la propagation du VIH/Sida et commencer à inverser la tendance.

Ayant adhéré aux engagements du millénaire pour le développement, la RDC a adopté plusieurs documents et cadres d'intervention en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. On peut citer notamment la politique nationale de santé de la reproduction, la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le recueil des normes et directives de santé de la reproduction, les standards des services de santé des adolescents et jeunes, le carnet de santé de l'enfant intégrant les nouvelles courbes, la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) clinique et communautaire, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

Cependant, la situation de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est restée alarmante. Elle est marquée par des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés du monde, soit un ratio de 549 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (EDS 2007), un taux de mortalité infanto-juvénile à 158 pour 1.000, un taux de mortalité infantile à 97 pour 1.000 (MICS 2010) et un taux de mortalité néonatale

de 42 pour 1.000 (EDS 2007). Cela correspond à deux femmes qui perdent la vie chaque heure en donnant la vie, et aussi à 232 enfants de moins de cinq ans, 29 enfants de moins d'une année et 13 nouveau-nés qui meurent chaque heure, généralement pour des causes évitables. Cette situation place ainsi la RDC parmi les six pays du monde qui contribuent à 50% au fardeau mondial de la mortalité maternelle, et parmi les cinq qui contribuent à 49% des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Devant cette réalité, le Ministère de la Santé Publique a organisé, en mars 2009, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une analyse de situation sur les goulots d'étranglements à l'amélioration de la SMNE dans le pays, suivi d'un forum de haut niveau tenu à Kinshasa du 29 mars au 1^{er} avril 2009 pour partager les résultats et identifier les pistes de solution. Par ailleurs, trois missions d'évaluation rapide de la situation des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) organisées au Bas-Congo en mars 2010, au Bandundu et à Kinshasa en avril 2011, ont montré qu'au nombre des facteurs défavorables au progrès figurent la disparité et la verticalisation des interventions de la SMNE. Ce qui justifie la nécessité et l'urgence de la mise au point d'un corps des normes et directives intégrées de ces interventions, conformes à la Stratégie du secteur, la Stratégie de Renforcement du Système de santé (SRSS).

Ainsi, dès janvier 2010, Le Ministère de la Santé Publique a chargé la Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques à mobiliser la synergie de la SMNE, programmes et partenaires, pour organiser le processus d'élaboration des normes et directives des interventions intégrées de SMNE.

A la première session, tenue en janvier 2010, ont succédé plusieurs ateliers, réunissant les experts du Ministère de la Santé et des partenaires techniques et financiers. Ces travaux ont permis de produire ce document en 8 volumes qui, par la suite, a bénéficié tour à tour de consolidation au niveau de la commission « Prestations » de la plénière du Comité de Coordination Technique (CCT), de l'approbation du Monsieur le Secrétaire Général à la Santé et de la validation par Son

Excellence Monsieur le Ministre de la santé publique, le Comité National de pilotage (CNP) entendu. A n'en point douter, le document s'inscrit au nombre des facteurs qui vont favoriser l'atteinte des objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) tant dans le quinquennat 2011-2015 que dans ses étapes à venir.

Les normes et directives ainsi rendues disponibles sont destinées à l'usage des prestataires de services (médecin, infirmiers) et agents de santé communautaire, au niveau opérationnel, mais aussi aux dirigeants, gestionnaires de programmes, différents responsables et décideurs de la Zone de santé, du niveau provincial et du niveau central ainsi qu'aux partenaires d'appui, comme base de conception, planification, de mise en œuvre, du suivi et évaluation.

Pour en faciliter l'utilisation, le document est présenté en huit volumes thématiques qui sont :

- 1 Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux essentiels
- 2 Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux d'urgence
- 3 Normes et Directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né
- 4 Normes et Directives relatives aux interventions de santé de l'enfant
- 5 Normes et Directives relatives aux interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes
- 6 Normes et Directives relatives aux interventions de planification familiale
- 7 Normes et Directives relatives à la prise en charge médicale des survivants de violence sexuelle
- 8 Normes et Directives relatives aux interventions à base communautaire pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Dans l'ensemble, chaque volume comprend trois grandes subdivisions axées sur:

- 1° Les considérations générales qui présentent la définition, les objectifs, les cibles/bénéficiaires ainsi que le moment/périodicité des interventions ;
- 2° Les normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériels, médicaments, intrants, consommables et outils) ;
Il convient de souligner que, moyennant une bonne programmation des activités, les différentes interventions seront appliquées avec les mêmes ressources existant conformément aux normes globales de la Zone de Santé et n'appelleront pas le recours à des ressources additionnelles ;
- 3° Les directives indiquant les procédures d'application des normes.

Ce volume traite de la prise en charge médicale des survivants de violence sexuelle. Sa structure correspond à la présentation générale ci-dessus.

Il est important de souligner que l'application des normes et directives ainsi édictées appelle l'utilisation des outils techniques et de collecte des données appropriés tels que définis dans les normes d'outils.

SECTION I : CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Définition

La prise en charge (PEC) médicale des survivants de violence sexuelle (SVS) est l'ensemble des services et soins médicaux offerts à une personne ayant subi une violence sexuelle (VS). C'est l'une des cinq composantes ou piliers de la prise en charge holistique des SVS.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Prendre correctement en charge les victimes de violence sexuelle afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux SVS.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Offrir aux femmes, aux hommes et aux enfants SVS un soutien psychoaffectif
- Assurer la collecte des preuves médico-légales
- Assurer la prise en charge médicale des SVS
- Collaborer avec d'autres structures spécialisées pour la référence dans le cadre de la PEC holistique

1.3. Cibles / Bénéficiaires

La PEC médicale des SVS est destinée aux femmes, aux hommes ou aux enfants survivants de violence sexuelle.

1.4. Moment / Périodicité

La PEC médicale des SVS est assurée à tout moment où un survivant se présente dans une structure de santé.

SECTION II : NORMES

2.1. Normes d'interventions

Les interventions de prise en charge médicale des SVS consistent en :

- Soutien psychoaffectif
- Anamnèse et description des faits
- Examen physique
- Collecte des preuves médico-légales
- Prévention de l'infection à VIH, des infections sexuellement transmises (IST), de la grossesse, du tétanos et de l'hépatite B
- Traitement des lésions et autres problèmes identifiés
- Référence/contre référence
- Suivi

2.2. Normes de ressources humaines

Les catégories professionnelles requises pour la PEC médicale des SVS sont celles ci-après.

2.2.1. Au niveau du centre de santé (CS)

Au moins un(e) infirmier(ère) de niveau minimum A2, formé(e) dans la prise en charge médicale des SVS.

2.2.2. Au niveau de l'hôpital général de référence (HGR)

En plus des dispositions du CS :

Au moins un médecin généraliste formé dans la prise en charge médicale des SVS.

2.3. Normes d'infrastructures

2.3.1. Au niveau du CS

CS répondant aux normes d'infrastructures de la Zone de Santé (ZS) avec la particularité de disposer d'espace / salle assurant la confidentialité.

2.3.2. Au niveau de l'HGR

HGR répondant aux normes d'infrastructures de la ZS, avec spécifiquement des services de Gynéco-Obstétrique, de chirurgie et de physiothérapie.

2.4. Normes de ressources matérielles

2.4.1. Equipement

- Au niveau du CS

Equipement d'un CS répondant aux normes de la ZS, auquel on ajoute un miroir grossissant et une armoire fermant à clé pour la conservation des preuves médico-légales de VS.

- Au niveau de l'HGR

Équipement d'un HGR répondant aux normes de la ZS, auquel on ajoute un miroir grossissant et une armoire fermant à clé pour la conservation des preuves médico-légales de VS.

2.4.2. Matériels

- Au niveau du CS

Matériel d'un CS répondant aux normes de la ZS, auquel on ajoute le « kit viol » pour la collecte des preuves médico-légales contenant notamment :

- Spéculum, de préférence en plastique, à usage unique, tailles pour adultes seulement
- Peigne pour récupérer les corps étrangers parmi les poils pubiens

- Seringues/aiguilles (butterfly pour les enfants)/tubes pour les prélèvements sanguins
 - Lames et lamelles en verre pour préparer les échantillons à la recherche de sperme
 - Ecouvillons avec coton/applicateurs/compresses pour le prélèvement d'échantillons
 - Récipient de laboratoire pour le transport des écouvillons
 - Feuille de papier pour collecter les éventuels débris lorsque la victime se déshabille
 - Mètre ruban pour mesurer la taille des lésions (bleus, lacérations, plaies ou autres)
 - Sacs en papier pour la collecte des preuves
 - Ruban adhésif pour fermer et étiqueter les récipients/sacs
- Au niveau de l'HGR
- Matériel d'un HGR répondant aux normes de la ZS, auquel on ajoute le « kit viol » décrit au niveau du CS et un appareillage de physiothérapie pour les SVS comprenant notamment :
- les électrodes vaginales
 - un appareil d'ultrason
 - barres parallèles
 - espaliers
 - cannes
 - béquilles
 - appareil de diadynamique
 - accessoires de lutte contre l'incontinence urinaire

2.4.3. Médicaments, intrants et consommables

Au niveau du CS et de l'HGR

Médicaments, intrants et consommables conformes à la liste nationale des médicaments essentiels (LNME), et spécifiquement :

- « Kit violence sexuelle » contenant :

- Tests rapides du VIH : Détermine, Unigold et HIV-Double Check
- Antirétroviraux (ARV) :
 - Zidovudine (AZT) : 60 comprimés (cés)
 - Lamivudine (3-TC) : 60 cés
 - Lopinavir (LPV/r) : 90 cés
- Antibiotiques :
 - Céfixime : 2 cés 200 mg
 - Azithromycine : 4 cés 250 mg
- Test de grossesse
- Pilule du lendemain ou pilule contraceptive d'urgence (PCU) : levonorgestrel 2 pilules de 750 µg
- Vaccin et sérum antitétanique
- Vaccin contre l'hépatite B
- Analgésiques
- Pommade de massage

2.4.4. Outils

Aux niveaux du CS et de l'HGR

Le CS et l'HGR doivent être dotés des outils techniques et de gestion conformes aux normes des interventions du CS, auxquels on ajoute ceux appropriés à la prise en charge des SVS, en l'occurrence :

- Outils de prestation (outils techniques) : Fiche médicale de SVS, supports éducatifs (affiches, dépliants, boîte à images VS), algorithmes de prise en charge des IST, protocole de la prophylaxie post-expositionnelle au VIH, protocole de la contraception d'urgence, manuels de formation.
- Outils de gestion : registre des cas de SVS, fiche d'incidence

SECTION III : DIRECTIVES

La prise en charge médicale des SVS repose sur les directives ci-après **au niveau du CS.**

3.1. Directives relatives à l'accueil et à la préparation de la SVS avant l'examen

- 1°** Accueillir le/la client(e) SVS, de préférence par un prestataire de même sexe :
 - Le/la recevoir dès son arrivée); ne pas le/la faire attendre.
 - Le/la saluer poliment.
 - Parler d'une voix claire en utilisant la langue qu'il/elle maîtrise (tout au long de l'entretien).
 - Se présenter à lui/elle, le/la faire asseoir et lui demander son nom.

- 2°** Rassurer/réconforter le/la client(e)
 - Mettre la patiente en confiance afin qu'elle puisse s'exprimer aisément.
 - Lui donner des informations utiles pour gagner sa confiance.
 - Souligner le caractère confidentiel de l'entretien.

- 3°** Expliquer les phases de la PEC médicale.

- 4°** Obtenir son consentement écrit ou oral à l'examen médical.

- 5°** Préparer les matériels et la salle de consultation.

- 6°** Noter son identité complète (nom, post-nom, âge, sexe, état matrimonial, adresse, identité des parents en cas de SVS mineurs).

3.2. Directives relatives à l'anamnèse et au recueil du récit des faits

- 1°** Préparer la patiente/le patient à raconter ce qui lui est arrivé
 - Expliquer ce qui va être fait à chaque étape de l'entretien et de l'examen.
 - Rassurer sur le caractère confidentiel de l'entretien.
 - Lui dire qu'il/elle peut ne pas répondre si une question le/la met mal à l'aise.
 - Lui demander si il/elle souhaite qu'une personne particulière soit présente pour la soutenir. Si oui faire entrer la personne souhaitée dans la salle de consultation.
 - Lui demander, si elle a des préoccupations/questions à poser, de le faire et y répondre.
 - Respecter son attitude et ses avis.

- 2°** Recueillir le récit des faits
 - Examiner les documents éventuels apportés par le/la patient(e).
 - L'encourager à surmonter son état et à parler de ses problèmes.
 - L'aider à retrouver son calme et sa sérénité.
 - Faire preuve d'écoute active ; éviter toute distraction ou interruption externe pendant le récit des faits (téléphone portable...); être patient et tolérant envers lui/elle ; ne pas juger ni faire des commentaires ; faire preuve d'empathie.
 - Lui demander de décrire ce qui s'est passé en ses propres mots ; le/la laisser parler à son rythme ; ne pas l'interrompre pour demander les détails ; attendre qu'il/elle ait terminé son récit pour lui demander de clarifier certains détails :
 - la date, l'heure et le lieu de survenue de la violence ;

- le nombre d'agresseurs, leurs sexes, l'éventuel lien de parenté avec lui/elle, les circonstances de l'agression avec recherche de signes de coups et blessures associés, ses réactions vis à vis de l'agresseur (morsures, griffures...);
 - le déroulement de l'agression : l'existence ou non d'attouchements sexuels réalisés ou subis (oraux, vaginaux, anaux, organes génitaux externes), la notion de pénétrations sexuelles (orales, vaginales ou anales) avec ou sans l'utilisation de corps étrangers, notion d'éjaculations ou non, le nombre de fois et le site. Il convient de faire préciser également si l'auteur portait ou non un préservatif.
- Poser des questions pour évaluer les risques actuels du/de la patient(e).
 - Utiliser les images/croquis ou poupées pour les enfants pour localiser les sites d'agression.
 - Se renseigner sur les événements associés : perte de connaissance, chute au sol, prise de toxiques (alcool, drogues, médicaments...), réactions du/de la SVS vis à vis de l'agresseur (morsures, griffures...).
 - Déterminer si, depuis l'incident, le/la patient(e) s'est lavé(e), a pris une douche vaginale, uriné, vomi, déféqué, fait un lavement anal ou changé de vêtements.
- 3°** Identifier les antécédents médico-chirurgicaux (maladies, allergies, prise de médicaments, vaccination et état sérologique).
- 4°** Evaluer la possibilité d'une grossesse : demander la date des dernières règles et les détails sur l'utilisation de la contraception.
- 5°** Aider le/la patient(e) à dégager toutes les solutions alternatives aux problèmes posés.

- 6° Aider le/la patient(e) à choisir librement les meilleures solutions adaptées à sa situation (contexte familial et social, sa sécurité, les références utiles pour la prise en charge holistique) et l'aider à les appliquer.
- 7° Résumer le récit en vérifiant la compréhension des faits.

3.3. Directives relatives à l'examen physique et génital

3.3.1. Lignes de conduite générales

- 1° S'assurer que les équipements, matériels et intrants ont été préparés.
- 2° Obtenir le consentement éclairé et volontaire du/de la patient(e) pour l'examen et le prélèvement des échantillons requis à des fins d'analyse médico-légale.
- 3° Toujours expliquer au/à la patient(e) ce qui va être fait et lui demander sa permission avant de procéder.
- 4° Noter l'apparence du/de la patient(e) ainsi que son état mental.
- 5° Lui dire qu'elle a le droit de poser des questions et d'interrompre l'examen à tout moment.
- 6° Prélever et noter la taille, le poids et les signes vitaux du/de la patient(e) : pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire et température.
- 7° Expliquer au/à la patient(e) les résultats de l'examen.
- 8° Respecter les précautions universelles de prévention des infections selon les étapes de la consultation :

- Se laver les mains au savon liquide, en poudre ou en bloc râpé et à l'eau courante.
- Porter des gants.
- Se protéger du sang et des autres liquides organiques.
- Eliminer les instruments piquants et tranchants de façon sûre.
- Nettoyer le linge contaminé.
- Nettoyer et stériliser le matériel contaminé • Nettoyer et désinfecter les surfaces.
- Eliminer les déchets biomédicaux de façon sûre

3.3.2. Cas où le/la SVS se présente dans les 72 heures après l'agression

1° Procéder à l'examen physique

- Ne jamais demander au/à la patient(e) de se déshabiller complètement.
- Examiner d'abord la partie supérieure du corps puis la partie inférieure, ou bien lui donner une blouse pour qu'elle puisse se couvrir.
- Examiner minutieusement et systématiquement le corps du/de la patient(e):
 - Commencer par observer les mains et les poignets plutôt que la tête. Ne pas oublier d'examiner les yeux, le nez et la bouche (intérieur des lèvres, les gencives et le palais), l'intérieur et l'arrière des oreilles et le cou.
 - Rechercher des traces de violence sur l'ensemble du corps et surtout au niveau de la poitrine et de la face interne des cuisses, ainsi qu'au niveau des zones d'appui et de contention (cou, coudes, poignets, genoux et chevilles).
 - Examiner la zone du corps qui était en contact avec la surface où l'agression a eu lieu pour vérifier la présence éventuelle de blessures.
 - Rechercher d'autres signes cohérents avec le récit de la victime : morsures, gonflement, signes

d'immobilisation au niveau des poignets, zones du cuir chevelu où les cheveux ont été arrachés ou tympans perforés à la suite de gifles, ou autre.

- Décrire les lésions éventuelles de manière très précise en mentionnant leur aspect : taille, coloration, localisation, ancienneté estimée, ainsi que toute preuve-trace (terre, herbe) trouvée dans la plaie.
- Rechercher des éventuels signes de grossesse.
- Prendre note du stade pubertaire.
- Noter l'état mental et émotionnel du/de la patient(e), l'état des vêtements et des cheveux, ainsi que la présence de corps étrangers, de liquides biologiques (sang, salive ou sperme), de fragments d'ongles ou autre, sur le corps ou les vêtements du/de la patient(e).
- Consigner tous les résultats et observations de manière aussi claire et complète que possible sur le pictogramme et la fiche d'examen.

2° Procéder à l'examen des parties génitales, de l'anus et du rectum

Pour toute femme

- Porter des gants.
- Inspecter systématiquement le pubis, l'intérieur des cuisses, le périnée, l'anus, les grandes et petites lèvres, le clitoris, l'urètre, l'orifice d'entrée et l'hymen.
- Noter les éventuelles cicatrices de mutilations génitales précédentes ou résultantes d'un accouchement antérieur.
- Vérifier la présence de lésions génitales.
- Rechercher d'éventuels signes d'infection.
- Vérifier la présence de lésions au niveau de l'orifice d'entrée de l'hymen.
- Prélever des échantillons (sperme, corps étranger dans le vagin et dans l'anus, ...) pour analyse médico-légale.
- Effectuer l'examen anal en décubitus dorsal, pro-cubitus, position genu-pectorale ou latérale allongée :

- Noter la forme et la dilatation de l'anus, les éventuelles fissures autour de l'anus, la présence de matière fécale sur la peau du périnée et les saignements au niveau des lacérations rectales.
- Prélever des échantillons au niveau du rectum si cela est suggéré par l'anamnèse, pour analyse médico-légale.
- Effectuer l'examen au spéculum en cas de pénétration vaginale (ne pas utiliser de spéculum lors de l'examen des enfants) :
 - Inspecter, sous un bon éclairage, le col puis le fornix postérieur et la muqueuse vaginale pour rechercher d'éventuelles blessures et signes d'infection.
 - Procéder à des prélèvements de sécrétions vaginales pour analyse médico-légale.
- Effectuer un palper bi-manuel et palper le col, l'utérus et les annexes à la recherche d'éventuels signes de lésions abdominales, de grossesse ou d'infection, si cela est suggéré par l'anamnèse et l'examen physique.
- Procéder à un examen recto-vaginal si cela est suggéré :
 - Rechercher d'éventuelles blessures, lésions recto-vaginales, fistules, saignements ou autre écoulement.
 - Mesurer la tonicité du sphincter anal.
 - Référer la patiente vers l'hôpital en cas de saignement, douleur ou doute quant à la présence d'un corps étranger.
- Noter l'emplacement des lacérations, écorchures et contusions sur le pictogramme et formulaire d'examen.

Spécificités de la femme âgée (ménopausée)

- Utiliser un spéculum plus fin pour l'examen génital.
- Procéder aux prélèvements sans utiliser de spéculum si la collecte des preuves médico-légales ou le dépistage des IST sont les seuls motifs de l'examen.

Spécificités de la petite fille

- Procéder à l'examen en position de décubitus dorsal dite de grenouille pour la fillette pré-pubère ; ou en position assise ou couchée sur les genoux de la personne qui l'accompagne pour une enfant de moins de 3 ans.
- Examiner les cuisses, le pubis, les grandes et petites lèvres, l'hymen, le clitoris, l'urètre et la fourchette postérieure à la recherche des traces de traumatisme récent, des lésions évoquant de possibles IST, ou des séquelles d'anciens traumatismes ou de traumatismes chroniques.
- Mesurer le diamètre horizontal et vertical de l'orifice de l'hymen.
- Représenter les lésions sur un schéma cadran horaire.

Chez l'homme et le garçon

- Examiner le pubis, la verge, le scrotum, les testicules, le tissu péri urétral, l'orifice urétral, le frein du prépuce, les faces antérieure et postérieure de la verge décalottée et l'anus ; noter si le patient est circoncis.
- Vérifier la présence de rougeur, de tuméfaction ou plaies du scrotum, de torsion des testicules, de déchirure de l'orifice urétral ou du frein du prépuce, œdème du prépuce ou de tout le pénis, présence de corps étranger, de sang, de lacérations anales ou autres.
- Référer immédiatement le patient à l'hôpital en cas de torsion des testicules.
- Procéder à un examen rectal à la recherche des signes de traumatismes ou d'infection au niveau du rectum et de la prostate, si cela est suggéré par l'anamnèse et l'examen physique.
- Procéder à un prélèvement rectal en vue de la recherche des spermatozoïdes par un examen direct au microscope.

3.3.3. Cas où le/la SVS se présente plus de 72 heures après l'agression

1° Procéder à l'examen physique général

- Noter les dimensions et la couleur des lésions ainsi que les cicatrices.
- Noter toute trace éventuelle de complications dues au viol (surdité, fractures, abcès ou autres).
- Vérifier les signes de grossesse.
- Noter son état mental : normal, replié(e) sur lui/elle-même, déprimé(e), suicidaire ou autre.

2° Procéder à l'examen physique des parties génitales, l'anus et le rectum

Noter tout signe de guérison de lésions au niveau des parties génitales, anus et rectum et/ou de récentes cicatrices.

3.4. Directives relatives à la collecte des preuves m dicol gales

- 1° Collecter les preuves m dicol gales le plus tôt possible après l'agression de manière à ce que le/la patient(e) n'ait pas à subir plusieurs examens invasifs qui pourraient s'avérer traumatisants.
- 2° Documenter les blessures, souligner la présence de corps étranger (la terre, les feuilles, les herbes) et prélever les échantillons (sang, cheveux, salive, sperme et corps étrangers) dans les 72 heures.
- 3° Etiqueter les échantillons.
- 4° Conserver les échantillons et les acheminer pour analyse.

- 5° Prendre en considération les exigences et les compétences de la justice locale ainsi que l'aptitude des laboratoires locaux à analyser les preuves.

3.5. Directives relatives à la prescription du traitement aux SVS

3.5.1. Cas où le/la patient(e) se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression

- 1° Evaluer les risques en se basant sur les faits survenus pendant l'agression.
- 2° Prescrire dans les 72 heures les traitements prophylactiques des IST et de l'infection à VIH, la PCU et autre traitement préventif indiqué, s'il y a eu pénétration (viol) ou notion d'usage de drogues injectables.

Le traitement prophylactique des IST doit commencer le même jour que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-expositionnelle (PPE) du VIH. Les doses doivent être espacées et, de préférence, prises au moment des repas pour limiter les effets secondaires.

- 3° Prescrire le traitement prophylactique des IST.
- Administrer les antibiotiques ci-après per os et en dose unique :
 - Chez l'adulte
 - Céfixime 2 cés 200 mg
 - Azithromycine 4 cés 250 mg
 - En cas d'allergie aux β -lactamines, de grossesse, ou chez l'enfant
 - Adapter la posologie en fonction du poids de l'enfant (se référer à l'annexe 1 sur le protocole de traitement et prévention des IST).
 - Remplacer l'azithromycine par un autre antibiotique adapté en cas de grossesse (se

référer à l'annexe 1 sur le protocole de traitement et prévention des IST).

- Remplacer la céfixime par un autre antibiotique adapté en cas d'allergie aux β -lactamines (se référer à l'annexe 1 sur le protocole de traitement et prévention des IST).

4° Prescrire le traitement prophylactique ARV.

- Administrer les trois médicaments ARV recommandés selon le protocole national, aux doses ci-après chez l'adulte :
 - AZT cé 300 mg : 2 x 1 cé par jour pendant 28 jours
 - 3-TC cé 150 mg : 2 x 1 cé par jour pendant 28 jours
 - LPV/r 200 mg/50 mg : 2 x 3 cé par jour pendant 28 jours
- Adapter les doses chez l'enfant en fonction du poids corporel (se référer au tableau sur la PPE du VIH en annexe 2).
- Envoyer le plus tôt possible (dans les 72 heures qui suivent le viol) la victime vers une autre structure offrant la PPE si celle-ci n'est pas disponible sur place.
- Offrir le dépistage et conseil initié par le prestataire (DCIP) à la victime/le survivant et prélever pour le test si consentement.

5° Procéder à la contraception d'urgence.

- Aborder le sujet de la contraception d'urgence avec la patiente ; si celle-ci est une jeune fille qui a déjà eu ses premières règles et/ou a déjà des caractères sexuels secondaires, associer ses parents ou son tuteur afin qu'elle puisse comprendre et suivre le traitement prescrit.
- Administrer la pilule du lendemain ou PCU dans les 120 heures (5 jours) qui suivent l'agression : levonorgestrel 1,5 mg en dose unique (2 pilules de 750 μ g) ou autres

pilules recommandées (se référer à l'annexe 3 sur la contraception d'urgence).

- Pratiquer un test de grossesse si disponible.
- Ne pas prescrire de PCU si une grossesse est détectée à ce stade et faire clairement comprendre à la patiente que cette grossesse ne peut pas résulter du viol.

6° Procéder à la prévention du tétanos si indiquée :

- Nettoyer soigneusement toutes les plaies.
- Administrer le sérum antitétanique(SAT), après test, si les plaies sont sales ou remontent à plus de 6 heures, et que le/la patient(e) n'a jamais été vacciné(e).
- Administrer le vaccin antitétanique (VAT) au/à la patient(e) qui présente des lacérations, des plaies et/ou abrasions selon les indications contenues dans l'annexe sur la prévention du tétanos.
- Conseiller le/la patient(e) de respecter le calendrier vaccinal antitétanique :
 - 1ère dose : au premier contact
 - 2ème dose : 4 semaines après la première dose
 - 3ème dose : 6 à 12 mois après la 2ème dose
 - 4ème dose : 1 an après la 3ème dose
 - 5ème dose : 1 an après la 4ème dose

7° Procéder à la prévention de l'hépatite B si indiquée.

- Vacciner le/la patient(e) contre l'hépatite B dans les 14 jours qui suivent l'agression de viol.
- Administrer trois injections par voie intramusculaire dans la face antérolatérale de la cuisse pour les nourrissons et enfants (<2 ans), ou dans le deltoïde pour les enfants plus âgés et les adultes selon le calendrier suivant :
 - Dose 1 : au moment du premier contact avec le/la patient/e
 - Dose 2 : 4 semaines après la première dose
 - Dose 3 : 4 semaines après la 2^{ème} dose

8° Traiter les lésions

- Traiter toutes les plaies non cicatrisées, les abcès, les brûlures ainsi que les autres blessures selon les directives en la matière.
- Référer pour prise en charge adéquate tout cas de fistule vésico-vaginale et fistule recto-vaginale.

3.5.2. Cas où le/la SVS se présente au delà de 5 jours (120 heures) après l'agression

1° Traiter les IST suivant les algorithmes de prise en charge, si la personne présente les symptômes d'une IST ou si le dépistage de laboratoire des IST a mis en évidence une infection.

2° Prendre en charge l'infection à VIH.

- Procéder au DCIP.
- Orienter le/la patient(e) avec sérologie positive vers les structures de prise en charge appropriée.
- Contrôler la sérologie 3-6 mois après si test négatif.

3° Prendre en charge la SVS enceinte.

- Pratiquer un test de grossesse au moment où la patiente se présente à la structure de santé.
- Rassurer la femme que sa grossesse n'est pas due au viol en cas de test positif.
- Apporter à la patiente un soutien psychoaffectif.
- Conseiller la patiente à suivre la consultation prénatale.

- 4° Prendre en charge le tétanos.
- Orienter le/la patient(e) vers la formation sanitaire appropriée en cas de constatation de signes d'infection tétanique (trismus, contractures, opisthotonos).
 - Vacciner immédiatement le/la patient(e) quel que soit le délai écoulé depuis l'agression s'il/elle n'a pas été complètement vacciné(e).
 - Administrer le sérum antitétanique, s'il reste des plaies importantes, « sales » et non cicatrisées.
- 5° Prendre en charge l'hépatite B.
- Référer le/la patient(e) à l'hôpital si des signes d'infection aiguë sont constatés.
 - Procéder à la vaccination quel que soit le délai écoulé depuis l'agression si le/la patient(e) n'a pas été vacciné(e) et que la vaccination est indiquée en raison des conditions locales.

3.6. Directives relatives au suivi médical du/de la SVS

Les visites de suivi pour les victimes recevant une PPE pour le VIH diffèrent légèrement de celles pour les victimes n'en recevant aucune.

Assurer le suivi selon le rythme et les exigences appropriées à chaque cas, en respectant les délais exigés (se référer à la fiche technique sur le calendrier de suivi des cas de SVS en annexe 5).

3.7. Directives relatives à l'organisation de la collaboration avec les autres structures de prise en charge des SVS

- 1° Référer vers une structure sanitaire supérieure dans les cas où les soins dont la victime a besoin ne pourraient pas être pris en charge par la structure (référence verticale).
- 2° Orienter vers les autres structures pour une prise en charge holistique : psychosocial, juridique, réinsertion scolaire et économique, (référence horizontale).
- 3° Etablir des réseaux de renvoi, des systèmes de communication, des mécanismes de coordination et des stratégies de suivi avec les autres volets de prise en charge.

La prise en charge médicale des SVS repose sur les directives ci-après **au niveau de l'HGR.**

- 1° Prendre en charge les cas des SVS référés par le CS tels que les fistules urogénitales, les fractures et toute autre complication dépassant la compétence technique du CS.
- 2° Assurer la contre-référence au Centre de Santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) OMS, HCR. ***Gestion clinique des victimes des viols. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays.*** Edition révisée. OMS, HCR 2005.
- (2) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Protocole de prise en charge médicale des survivants de violence sexuelle.*** PNSR, 2012.
- (3) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Guide national de prophylaxie post-expositionnelle pour la prévention de l'infection à VIH.*** PNLS, 2011.
- (4) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Fiche technique d'utilisation du kit PEP (prophylaxie post-expositionnelle à VIH).*** PNLS, 2011.
- (5) Médecins du Monde / France. ***Prévention et réponse aux violences liées au genre : Guide méthodologique.*** France.
- (6) Conseil National de l'Ordre des Médecins, Chancellerie, Ministère de l'Intérieur et Ministère de la Défense, France. ***Le praticien face aux violences sexuelles.*** France, 2000.
- (7) OMS. ***Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence.*** OMS, 2007.
- (8) The National Prosecuting Authority of South Africa. ***Uniform protocol for the management of victims, survivors and witnesses of domestic violence and sexual offences.***

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole de traitement et prévention des IST

IST	Médicament	Posologie	
		Adultes	Adolescents et enfants
Gonorrhée	Céfixime	400 mg par voie orale (PO) en dose unique (DU)	≤45 kg : 8 mg/kg PO en DU >45 kg : même posologie que l'adulte
	Ou Ceftriaxone	125 mg IM en DU	125 mg IM en DU
En cas d'allergie aux β-lactamines, remplacer par :			
	Ciprofloxacine	500 mg PO en DU <i>Contre-indiquée pendant la grossesse</i>	<i>Pas recommandé pour les enfants <18 ans</i>
	Ou Spectinomycine	2 g IM en DU	≤45 kg : 40 mg/kg IM en DU >45 kg : même posologie que l'adulte
Chlamydia	Azithromycine	1 g PO en DU <i>Contre-indiquée pendant la grossesse</i>	≤45 kg : 20 mg/kg PO en DU >45 kg : même posologie que l'adulte
	Ou Doxycycline	100 mg PO 2 fois/jour/7 jours <i>Contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement</i>	>45 kg et >12 ans : même posologie que l'adulte <i>Contre-indiquée chez l'enfant ≤12 ans</i>
Chlamydia chez la femme enceinte			
	Érythromycine	500 mg PO, 4 fois/jour/7 jours	
	ou Amoxicilline	500 mg PO, 3 fois/jour/7 jours	

		Posologie		
IST	Médicament	Adultes	Adolescents et enfants	
Syphilis	Benzathine benzylpénicilline	2,4 millions UI IM en DU <i>(administrer en deux injections à deux endroits différents)</i>	50 000 UI/kg IM en DU	
		Chez les patients allergiques à la pénicilline		
	Doxycycline	100 mg PO 2 fois/jour/7 jours <i>Contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement</i>	>45 kg et >12 ans : même posologie que l'adulte <i>Contre-indiquée chez l'enfant ≤12 ans</i>	
	Chez la femme enceinte allergique à la pénicilline			
	Érythromycine	500 mg PO, 4 fois/jour/14 jours		
Tricho- monase	Métronidazole	2 g PO en DU <i>Contre-indiquée pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse</i>	≤12ans : 5 mg/kg PO, 3 fois/jour/7 jours, ou 40mg/kg PO en DU >12ans: même posologie que l'adulte	

Annexe 2 : Protocole de PPE du VIH

		Posologie	
		Adolescents ≥40 kg et adultes, femmes enceintes et mères	
Médicament	Présentation	allaitantes	Enfants
Zidovudine (ZDV ou AZT)	Comprimé 300 mg	1 cé 300 mg matin et 1 cé 300 mg soir	3-5,9 kg : 6 ml matin et 6 ml soir 6-9,9 kg :
	Gélule 100 mg		9 ml matin et 9 ml soir 10-13,9 kg : 12 ml matin et 12 ml soir
	Suspension buvable 10 mg/ml		14-19,9 kg : 2 gélules 100 mg matin et 1 gélule 100 mg soir
			20-24,9 kg : 2 gélules 100 mg matin et 2 gélules 100 mg soir 25-34,9 kg : même posologie que l'adulte
Lamivudine (3-TC)	Comprimé 150 mg	1 cé 150 mg matin et 1 cé 150 mg soir	3-5,9 kg : 3 ml matin et 3 ml soir 6-9,9 kg :
	Suspension buvable 10 mg/ml		4 ml matin et 4 ml soir 10-13,9 kg : 6 ml matin et 6 ml soir 14-19,9 kg :
			1/2 cé 150 mg matin et 1/2 cé 150 mg soir 20-24,9 kg :
			1 cé 150 mg matin et 1/2 cé 150 mg soir 25-34,9 kg : même posologie que l'adulte

		Posologie	
		Adolescents ≥40 kg et adultes, femmes enceintes et mères allaitantes	
Médicament	Présentation		Enfants
Lopinavir/ Ritonavir (LPN/r) Kaletra ^R	Comprimé de Lopinavir 200 mg + Ritonavir 50 mg	3 cés 100/25 mg matin et 3 cés 100/25 mg soir	3-5,9 kg : 1 ml matin et 1 ml soir 6-9,9 kg : 1,5 ml matin et 1,5 ml soir 10-13,9 kg : 2 ml matin et 2 ml soir
	Comprimé de Lopinavir 100 mg + Ritonavir 25 mg	2 cés 200/50 mg matin et 1 cé 200/50 mg soir	14-19,9 kg : 2,5 ml matin et 2,5 ml soir <i>ou</i> 2 cés 100/25 mg matin et 2 cés 100/25 mg soir <i>ou</i>
	Suspension buvable 80 mg + 20 mg/ml		1 cé 200/50 mg matin et 1 cé 200/50 mg soir 20-24,9 kg : 3 ml matin et 3 ml soir <i>ou</i> 2 cés 100/25 mg matin et 2 cés 100/25 mg soir <i>ou</i> 1 cé 200/50 mg matin et 1 cé 200/50 mg soir
			25-34,9 kg : même posologie que l'adulte

Annexe 3 : Protocole pour la contraception d'urgence pour la pilule progestative

Régime	Composition de la pilule	Dénominations commerciales	Première dose	Deuxième dose (après 12 heures)
Lévonorgestrel (LNG) seul	750 µg	Levonelle, NorLevo, Plan B, Postinor-2, Vikela	2 comprimés	
Pilule combinée : Lévonorgestrel (LNG) + Ethynil-Estradiol (EE)	EE 50 µg + LNG 250 µg <i>ou</i> EE 50 µg + NG 500 µg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovrán, Tetragynon/PC-4, Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	2 comprimés	2 comprimés
	EE 30 µg + LNG 150 µg <i>ou</i> EE 30 µg + NG 300 µg	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	4 comprimés	4 comprimés

Annexe 4 : Schéma pour l'administration de VAT et SAT

Risque	Vaccination complète (≥4 doses) le dernier rappel date de :			Vaccination incomplète (<3 doses) absente ou statut inconnu
	<5 ans	5-10 ans	>10 ans	
Faible (plaie mineure)	Rien	Rien	Rappel: VAT	Commencer ou Compléter la vaccination
Élevé Plaie infectée, plaies majeures (plaies profondes, perte de tissu importante, corps étrangers, nécrose)	Rien	Rappel: VAT	Rappel: VAT SAT	Commencer ou Compléter la vaccination SAT

Annexe 5 : Calendrier de suivi des patients/patientes de SVS

Dates des rendez-vous de suivi après la 1^{ère} prise en charge

A reçu PPE

N'a pas reçu PPE

1 semaine

- Evaluer les effets secondaires et l'adhésion aux ARV.
 - Donner le reste du traitement ARV si nécessaire.
 - Procéder à un test de grossesse si non fait lors de la 1^{ère} prise en charge.
 - Procéder à l'examen clinique pour les IST et au besoin paraclinique.
 - Proposer un test VIH si non réalisé lors de la 1^{ère} prise en charge.
 - Evaluer l'état émotionnel.
-

Pas de suivi

2 semaines

Pas de suivi

- Proposer un test de grossesse si non fait lors de la 1^{ère} prise en charge.
 - Procéder à l'examen clinique pour les IST et, au besoin paraclinique.
 - Proposer un test VIH si non réalisé lors de la 1^{ère} prise en charge.
 - Evaluer l'état émotionnel.
-

Dates des rendez-vous de suivi après la 1^{ère} prise en charge		
	A reçu PPE	N'a pas reçu PPE
6 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer un test de grossesse. - Procéder à l'examen clinique pour les IST et, au besoin paraclinique. - Proposer un test VIH si précédent négatif ou si non réalisé. - Evaluer l'état psycho affectif : référer vers une structure de soutien psychosocial 	Pas de suivi
3 mois	Pas de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la grossesse si indiqué. - Procéder à l'examen clinique pour les IST et, au besoin paraclinique. - Proposer un test VIH si précédent négatif ou si non réalisé. - Evaluer l'état psychoaffectif : référer vers une structure de soutien psychosocial.
6 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer un test VIH si précédent négatif ou si non réalisé. - Evaluer l'état émotionnel. - Référer vers une structure de soutien psychosocial si pas fait lors des précédents rendez-vous. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer un test VIH si précédent négatif ou si non réalisé. - Evaluer l'état émotionnel. - Référer vers une structure de soutien psychosocial si pas fait lors des précédents rendez-vous.

**LISTE DES EXPERTS AYANT CONTRIBUE
A L'ELABORATION DU DOCUMENT**

1. GOUVERNEMENT

1.1. CABINET DU MINISTRE

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1	Dr KABANGE NUMBI Félix	Ministre de la Santé Publique
2	Dr MAKWENGE KAPUT Victor	Ministre Honoraire de la Santé Publique
3	Mme TSHAL Lilianne	Conseillère
4	Mme LOKOKA Nanty	Conseillère

1.2. SECRETARIAT GENERAL

a. SECRETAIRE GENERAL

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1	Dr LOKADI OTETE	Secrétaire Général
2	Dr MIAKALA-mia-NDOLO	Secrétaire Général Honoraire

b. SECRETARIAT ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1	Dr KABEYA Pillope	Membre/ST
2	Dr MAKAMBA Audace	Membre/ST
3	Dr MUTOMBO Elie	Membre/ST
4	Dr MAYAKASA Charles	Membre/ST
5	Dr MBALE IKONDE	Membre/CNP
6	MUKENGESHAYI Bitshi	Membre/CCP

1.3 DIRECTIONS CENTRALES

N°	NOMS/POST NOMS	INSTITUTIONS
1	Dir KALUME TUTU	D10
2	Dr ASHINGO DIALA	Expert D10
3	Dr BANINGELA Chrisostom	Expert D10
4	Dr BANONOKO Consolatrice	Expert D10
5	Dr EYULU MPELA ILONGO	Expert D10
6	Dr LUSIKILA Chantal	Expert D10
7	Dr MAVULA Baudouin	Expert D10
8	Dr MBALI BOYOMA	Expert D10
9	Dr META WANKOMBO	Expert D10
10	Dr NGINDU Dilu	Expert D10
11	Dr YAMBA YAMBA	Expert D10
12	Dr ZOLA Nene	Expert D10
13	MEMBO NZO-NZIMBU	Expert D10
14	MITUMPU NSIONA BASILE	Expert D10
15	Dir NGUMBU MABANZA	D1
16	AG. HIOMBO Phillippe	Expert D1
17	AG KAHODI OMOMBO	Expert D1
18	Dir MBOMBO KABANTU	D2

19	CD BONKONDI Egede	Expert D2
20	Dr MONGOLO MOLENGI	Expert D2
21	AG ILOS'OJIBANGO Jollivin	Expert D2
22	Dir NGELEKA MUTOLO	D3
23	Phcien KALALA	Expert D3
24	Phcienne MBELU Ghislaine	Expert D3
25	Phcien LEPUGE M.	Expert D3
26	Dir KEBELA Benoit	D4
27	Dr BEYA EFINI Christian	Expert D4
28	Dr MONDONGE Vital	Expert D4
29	YOKA EBENGO Denis	Expert D4
30	Dir MUKENGESHAYI Marcel	D5
31	Phcienne KIMBAMBU Germaine	Expert D5
32	AG. NGANDU	Expert D5
33	Dr BOJI Chantal	Expert D5
34	Dr TSHOMBA Charlie	Expert D5
35	Dr KAYA Guylain	Expert D5
36	Dr THETHE Sylvie	Expert D5
37	Ir. LUMBAYI Jean Paul	Expert D5
38	Dr FARAY ASSUMANY	Expert D5
39	Dir KOMBA DJEKO	D6
40	C.B. NDUAYA NDUAYA	Expert D6
41	KAPONGO Jean	Expert D6
42	Dir KALAMBAYI TEMBWA	D7
43	Dir EPUMBA BERTIN	D7 adjoint
44	Dir MALABA MUYANJI	D8
45	DUMBO TSHAMOBA Patrick	Expert D8
46	Dir KWENGANI MAVAR Benjamin	D9
47	AG KISESA TANGU BALAK	Expert D9
48	Dr KUMUTIMA Clarisse	Expert D9
49	Dir BODY ILONGA	D11
50	Dr BANZWA Berthe	Expert D11
51	Dr KABEYA Duda	Expert D11
52	Dr MOUCKA Jean-Pierre	Expert D11
53	Dir WELO Albert	D12
54	Dr MASENGU ILUNGA	Expert D12
55	MASSIALA Nana	Expert D12
56	Dir NGILO ZAGBALI	D13
57	Ir LUPANTCHIA Paul	Expert D13
58	Dr KASONGO Albert	Expert

1.4 PROGRAMMES SPECIALISES

N°	NOMS/POST NOMS	INSTITUTIONS
1	Dr MULUMBA Audry	Dir PEV
2	AKARASIS MAKSAS	Expert PEV
3	Dr MATAMBA TSHINGOMBE	Dir PNAM
4	KATELE André	Expert PNAM
5	NSENGA Nadine	Expert PNAM
6	Dir Prof LUKUNKU Vincent	Expert PNCPS
7	Dr YUMA	Expert PNCPS
8	Dr NDAKAKANU	Expert PNCPS
9	CD KOTA MACHAFU Annie	Expert PNCPS

1. AGENCES DE L'ONU

1.1. OMS

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr KINI Brigitte	
2	Dr MBUYI KABULEPA Marie Claude	
3	Dr COMPAORE ISSAKA Pierre	
4	Dr NKIERE Nico	
5	Dr MPOYI Etienne	
6	FWELO Marie-Claire	
7	Dr MANZENGO Casimir	

1.2. UNICEF

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr Celestino COSTA	
2	Dr Alphonse NTOKO	
3	Dr WAZEH Stephen	
4	Dr KAZADI Thierry	
5	Dr MBU Bernadette	
6	Dr MUSUAMBA Gertrude	
7	Dr TRAORE Célestin	
8	HOUNGBEDJI KOFFI ANGE	
9	BUGANDWA Innocent	
10	Dr MACOURA OULARE	
11	Dr Laurent KAPUND	
12	Dr TOGOLA SAYIRI	

1.3. UNFPA

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr SHAMWOL	
2	EKE Henriette	
3	Dr BILANDA NDELE	
4	Dr KAWENDE Bora	
5	Dr NEMADJARE Théophile	

2. ORGANISMES DE COOPERATION

BI ET MULTI LATERALES

2.1. UE

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr MULOHWE KASONGO	

2.2. USAID

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Prof. PIRIPIRI Lina	

2.3. USG/USAID

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	LONGONDO ETENI	

2.4. GTZ

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr CAMARA Adama	
2	Dr Diana	

3. ONG/ SANTE

3.1. ABEF ND

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	KATUMBAYI Isaac	
2	KABONGO MAKWER Willy	
3	NTATUKIDI MULOBO Nancy	

3.2. ASF/PSI

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr SELEGO Chalet	
2	Dr NTOYA Ferdinand	

3.3. AXxes

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr MPUNGA Michel	
2	Dr NSIALA Adrien	

3.4. C-CHANGE/USAID

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	
1	Mme CHIRWISA Flora	

3.5. CRS

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr KITU N.	
2	Dr PETELO	

3.6. ESP/UNC

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr OKITOLONDA Vitus	

3.7. EGPAF

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	KIBUNGU Jocelyne	

3.8. FHI 360

N°	<u>NOMS/POST NOMS</u>	<u>QUALITE : Experts</u>
1	Dr MAYALA MABASI	
2	ENGETELE Elodie	

1.1. HANDICAP INTERNATIONALN° NOMS/POST NOMS QUALITE : Expert

- 1 Dr NDONA Jackie

1.2. IPSN° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr TONA TSALA
- 2 KAPITA Dady

1.3. IRCN° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr NGOY Pascal
- 2 Dr MASHANT Emilio
- 3 Dr BOUBAKAR TOURE +
- 4 Dr AVELEDI Blandine

1.4. MCHIP/USAIDN° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr KANZA NSIMBA
- 2 Dr LUNTADILA Papy

1.5. MEMISAN° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 MBIKALE Florimond
- 2 MANZANZA Jules

1.6. MSH (WASHINGTON, SPS, PROSANI)N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr TSHITETA Philippe
- 2 Dr OUSMANE FAYE
Dr ANDRIANANDRASANA
- 3 Gilbert
- 4 Mme ZIKUDIEKA Lucie
- 5 Dr KOY MATILI
- 6 MUNONGO Ben
- 7 Dr MBUYI Ninette
- 8 Dr GIKAPA John
- 9 DEROSENA Michael Ray
- 10 Ph. MASSAMBA Cyrille

1.7. PATH/MCHIPN° NOMS/POST NOMS QUALITE :
Experts

- 1 Susheela ENGELBRECHT
- 2 Dr NARAYANAN Indira

1.8. SAVE THE CHILDRENN° NOMS/POST NOMS QUALITE : Experts

- 1 Dr SAGNO Kalil

1.9. BDOMN° NOMS/POST NOMS QUALITE : Médecin Dir

- 1 Dr Bénédicte CLAUS
(pour référence)

1.10. SERVICE MEDICAL ARMEE DU SALUTN° NOMS/POST NOMS QUALITE : Médecin
Dirr

- 1 Dr N'KU IMBIE
(pour référence)

2. PROJET**1. PARSS**N° NOMS/POST NOMS QUALITE : Expert

- 1 Dr WANGATA Jacques

3. SOCIETE CIVILEN° NOMS/POST NOMS QUALITE :
Expert UNAAC
Expert UNAAC

- 1 SAMUKUNGU PATRICE
- 2 MBOMBO Louise