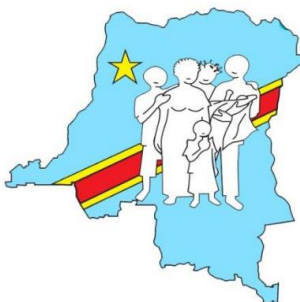




**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE SOCIALE
SECRETARIAT GÉNÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET HYGIÈNE**

**NORMES ET DIRECTIVES DE LA ZONE DE SANTÉ RELATIVES AUX
INTERVENTIONS INTÉGRÉES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION, DE
LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT ET
DE NUTRITION**



VOLUME 7

**PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES
SURVIVANTS DES VIOLENCES BASÉES SUR LE
GENRE**

Edition 2024

Table des matières

PREFACE	4
REMERCIEMENTS	6
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	8
INTRODUCTION	10
SECTION I. CONSIDERATIONS GENERALES	13
1.1. Définition.....	13
1.2. Objectifs.....	16
1.3. Cibles / Bénéficiaires	16
1.4. Moment / Périodicité	17
SECTION II. NORMES.....	18
2.1. Normes d'interventions.....	18
2.2. Normes de ressources humaines	18
2.3. Normes d'infrastructures	18
2.4. Normes de ressources matérielles	19
SECTION III. DIRECTIVES	22
3.1. Directives relatives à l'organisation d'un service des soins aux survivants(es) des VBG	22
3.2. Directives relatives au respect des principes directeurs	22
3.3. Directives relatives à l'accueil et à la préparation de la victime/le survivant avant l'examen	23
3.4. Directives relative à la gestion clinique des victimes de violences sexuelles/ viol 24	36
3.5. Directives relatives aux soins de santé mentale	36
3.6. Directives relatives à l'organisation de la collaboration avec les autres structures de prise en charge des SBVG/VVBG.....	38
3.7. Directives relatives à la gestion des données	39
3.8. Directives relatives à la Promotion de l'égalité du genre.....	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40
ANNEXES	42
Annexe 1 : Le cycle de la violence conjugale	42

Annexe 2 : Protocole de traitement et prévention des IST	48
Annexe 3 : Protocole de PPE du VIH.....	50
Annexe 4 : Protocole pour la contraception d’urgence pour la pilule progestative	52
Annexe 5 : Schéma pour l’administration de VAT et SAT	53
Annexe 6 : Calendrier de suivi des patients/patientes de SVS	54
Liste des experts ayant contribue a l’elaboration du document.....	56

PRÉFACE

L'amélioration de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, y compris leur statut nutritionnel, constitue l'un des défis majeurs du secteur de la santé en République Démocratique du Congo (RDC). Elle s'inscrit dans la vision du **Son Excellence Félix Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO**, Président de la République, Chef de l'État selon laquelle « tout Congolais a le droit d'accéder à tous les soins et services de santé de base dont il a besoin, sans encourir une ruine financière ou économique ». Cette vision se matérialise à travers la Couverture Santé Universelle (CSU) matérialisée par le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale dirigé par Son Excellence Dr Samuel Roger KAMBA, dans l'optique d'atteindre les cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD 3 et 5), pour « Chaque femme, chaque enfant ».

Le rêve d'environ 120 millions de Congolais reste de bâtir un pays plus beau qu'avant : un Congo uni, fort et prospère, sur les 2 345 410 km² qu'il occupe au cœur de l'Afrique. Ce rêve implique un peuple en bonne santé, dont la responsabilité première incombe au secteur de la santé, avec la contribution de tous les autres secteurs.

Ce rêve est porté par le Document Stratégique dénommé « Plan National Stratégique de Développement 2024-2028 », dont les priorités ont été inscrites dans le Plan Stratégique National sur la Couverture Santé Universelle en cours (PSN-CSU 2020-2030) et reprises dans le Plan National de Développement Sanitaire et Prévoyance Sociale (PNDS-PS 2024-2033). Ces différents plans stratégiques balisent le chemin que notre pays doit suivre pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD 3 et 5).

La Stratégie de Renforcement du Système de Santé est l'une des réponses du secteur de la santé à la lutte contre la pauvreté en RDC, en ce qu'elle constitue 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 s'est employé à la décliner, depuis 2011, en plans quinquennaux de développement sanitaire, mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé à travers les Plans d'Actions Opérationnels (PAO) des différents services et structures.

Le programme de la gratuité de la maternité, de la prise en charge des soins du nouveau-né et de la vaccination jusqu'à l'âge de 5 ans, a conduit à l'organisation de plusieurs rencontres ayant abouti à l'élaboration de documents nationaux sur la gratuité des services et soins pour les mères et les nouveau-nés, premier paquet de la CSU en RDC, ainsi qu'à l'actualisation de plusieurs documents de normes et directives y afférents. C'est ainsi que les différents services et structures du secteur ont été mobilisés afin de produire et/ou d'actualiser les instruments nécessaires, notamment les différents volumes du document des Normes et directives des interventions intégrées de Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et de Promotion de la Nutrition (SRMNEA-Nut), ainsi que le Carnet de Santé

*mdh
96*

pour l'Enfant de moins de 5 ans (Fille et Garçon), en vue de générer une offre de services et de soins de qualité dont la population a besoin pour promouvoir sa santé.

Le caractère intégrateur de ces volumes de normes et directives, qui organisent les paquets de soins et services par cible de la SRMNEA-Nut, vise à réduire la fragmentation et la verticalisation des interventions, sources de dysfonctionnement du système de santé, et à promouvoir l'efficacité et la résilience de ce dernier.

À ce titre, les volumes de normes et directives actualisées de la SRMNEA-Nut et le Carnet de Santé actualisé pour l'enfant de moins de 5 ans sont appelés à devenir les supports d'un travail fondé sur les principes de globalité, de continuité et de rationalité, dans une approche des soins reposant sur la Couverture Santé 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, tant des secteurs public et privé que des partenaires d'appui. Regroupées en normes d'interventions, de ressources humaines, d'infrastructures et de ressources matérielles (équipements, matériel, médicaments, intrants, consommables et outils), les normes ainsi définies serviront désormais de base à l'implantation des plateaux techniques de nos Établissements de Soins de Santé (ESS), tout en constituant des repères pour l'évaluation des programmes mis en place. Les directives établies définissent clairement les procédures de ces interventions.

C'est ici l'occasion pour nous de féliciter tous les acteurs de la co -création qui se sont investis, notamment ceux de la Plateforme Nationale de la SRMNEA-Nut, composée des experts du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, des partenaires techniques et financiers, de la Coalition des Organisations de la Société Civile intervenant dans le domaine de la SRMNEA-Nut, ainsi que des membres de la communauté impliqués dans l'actualisation de ces documents.

J'exhorte tous les intervenants de la santé en RDC à ne ménager aucun effort pour contribuer à la large diffusion de ces normes et directives et à militer pour leur application partout où le besoin se fait sentir, afin d'améliorer la qualité des interventions au profit de la population en général et des cibles de la SRMNEA-Nut en particulier.

Dr Body ILONGA BOMPOKO

Secrétaire Général de la Santé Publique et Hygiène

REMERCIEMENTS

Le secteur de la santé a été marqué en 2010 par une intense dynamique de réforme ainsi que par l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS2011-2015) par le Gouvernement de la République. Ces produits ont été l'aboutissement des efforts inlassables conjugués par les acteurs des Services et structures du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale directement impliqués dans la SRMNEA-Nut, ceux de la Coalition des Organisations de Société Civile et des Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le domaine de la SRMNEA-Nut.

La mise en œuvre, tant de ce PNDS 2011-2015 que de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) à laquelle, il trouve l'ancrage, a nécessité l'actualisation d'un grand nombre d'instruments techniques.

En effet, pour répondre à la vision du chef de l'Etat sur la gratuité de différentes interventions notamment la maternité, les soins du nouveau-né et la vaccination, sur l'ordre de la haute hiérarchie du Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale, la Direction de Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques (DSFGS) a été instruite de procéder à la mise à jour des Normes et Directives qui régissent les interventions de la SRMNEA-Nut, cibles particulièrement touchées par une morbidité et une mortalité excessives. Ce processus a impliqué l'ensemble des parties prenantes de la Plateforme Nationale de la SRMNEA-Nut ainsi, l'actualisation du document des Normes et directives articulés en huit volumes et du document de Carte de Santé pour l'Enfant de moins de 5 ans, représente une contribution significative à l'amélioration de la qualité des soins et services dans nos Etablissements de Soins de Santé (ESS) et dans la communauté.

A cet effet, nos remerciements les plus sincères sont adressés à tous les experts du Ministère de la Santé Publique, hygiène et prévoyance Sociale (Bureau du Secrétaire Générale à la Santé Publique & Hygiène, DSFGS, PNSR, PNSA, PNIRA/PCIMNE, PRONANUT, PEV, PNLS, PNLN, PNLCD,...), ceux de la Coalition des Organisations de Société Civile intervenant dans le domaine de la SRMNEA-Nut, ceux du Secteur Privé et aux Partenaires Techniques et Financiers d'appui à ce domaine qui, sans relâche, sont parvenus à ces livrables très importants.

Au nombre des partenaires, nous citons, notamment PARSS ASSR (Projet d'Appui à la Réhabilitation du Système de Santé et Amélioration de la Santé Sexuelle et Reproductive financé par la Fondation Susan Thompson Buffet/STBF), 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 différents projets de mise en œuvre MSH/MTaPS (Management Sciences for Health / Medicines, Technologies, and Pharmaceutical Services ou Programme Médicaments Technologies et Services Pharmaceutiques), PROSANI/USAID / Projet de Santé Intégré, SANRU (Santé Rurale), JHPIEGO (Johns Hopkins Program for international Education in Gynecology and Obstetrics), UNFPA (Fond des nations Unies pour la Population).

Les remerciements s'adressent aussi aux experts de la Société Congolaise de Gynéco-Obstétrique (SCOGO), la Société Congolaise de la pratique Sage-Femme (SCOSAF), la Société de Pédiatrie

du Congo Démocratique SOPECOD, des Services médicaux du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), de l'Armée du Salut, de l'Eglise de Jésus Christ sur la Terre par son Envoyé Spécial Simon KIMBANGU (EJCSK), de la Coalition des Organisations de la Société Civile pour la SRMNEA-Nut (COSC-SRMNEA-Nut), des départements de Gynéco-Obstétrique et de Pédiatrie des Cliniques Universitaires de Kinshasa et du Centre Hospitalier Universitaire Renaissance (CHUR), ceux du Centre de Connaissances en Santé de la RD Congo (CCSC) ainsi que ceux de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa.

C'est sur cette note, que nous tenons à remercier également tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur pierre à l'édification de ces documents de Normes et directives de la SRMNEA-Nut.

Dr EPUMBA EPONDO Jean-Bertin

Directeur Chef de service de la DSFGS



LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

3-TC	:	Lamuvudine
ARV	:	Antirétroviraux
AZT	:	Zidovudine
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
SCACF	:	Soins Complet d'Avortement Centrés sur la Femme
SVBG	:	Survivant(e) Violence basée sur le genre
VBG	:	violence basée sur le genre
VVBG	:	Victime de Violence Basée sur le genre

INTRODUCTION

La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, y compris leurs statuts nutritionnels représentent une préoccupation de première importance et une priorité dans l'agenda de tous les gouvernements du monde. C'est ainsi que le Secrétaire Général des Nations Unies a lancé la stratégie globale pour la promotion de la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents entre 2016 et 2030 en vue d'accélérer la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD 3 & 5), pour « Chaque Femme, Chaque Enfant »

La République Démocratique du Congo (RDC) comme plusieurs pays du monde a souscrit aux ODD et s'attelle à assurer une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au groupe vulnérable que sont les femmes, les enfants et les adolescents.

Malgré le nombre d'intervenants et l'importance des fonds mobilisés de la part du Gouvernement, des partenaires techniques et financiers et la contribution de la communauté dans le secteur de la santé, les résultats issus des projections des indicateurs sur base de données des enquêtes nationales restent mitigés. Outre cela, les évaluations du financement de la santé ont montré que plusieurs mécanismes de financement de la santé coexistent sans une orientation politique claire pour mieux les canaliser vers les priorités du secteur. Parmi les raisons de cette crise figurent également les faiblesses persistantes du système de santé

En effet, il se pose des questions fondamentales sur les moyens d'améliorer durablement les résultats sanitaires et de prêter plus efficacement et utilement des services de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité en RDC. Comment un meilleur appui technique peut-il permettre d'accélérer les taux annuels de déclin de la mortalité maternelle, néonatale, et infantile ?

Avec la réduction des appuis extérieurs, il est temps pour la RDC de maximiser l'efficacité des fonds disponibles de l'appui technique afin d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires. Pour y remédier, il s'avère impérieux de réfléchir sur l'efficacité de l'appui technique comme ingrédient clé pour améliorer la planification et la prestation des services de santé en raison de manque d'alignement aux priorités du pays, d'insuffisance de coordination par le gouvernement et les autres parties prenantes, du focus sur des gains à court terme et de l'absence d'une approche systémique pour résoudre les problèmes de santé publique et ceux liés au renforcement du système de santé.

C'est ainsi que le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) de la RDC s'est engagé à réinventer un nouveau modèle d'appui technique en utilisant l'approche de conception centrée sur l'homme « Human Centered Design » (HCD) afin qu'il puisse avoir un potentiel plus grand de jouer pleinement son rôle de leadership à tous les niveaux du système de santé. Ce qui pourrait garantir les services SRMNEA-Nut de qualité et équitable en vue de sauver les vies des femmes, des Nouveau-Nés, des enfants et des adolescents de manière durable.

C'est dans ce cadre qu'en 2019 le ministre de la Santé Publique, hygiène et prévention a mis sur pied la plateforme SRMNEA-Nut qui œuvre sous la coordination de la Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques qui, avec ses programmes ont reçu l'appui de différents partenaires dont plus précisément de PARSS ASSR de STBF et autres, pour actualiser les normes et directives des interventions intégrées de SRMNEA-Nut au niveau Pays.

Les innovations apportées dans le secteur de la santé, notamment celles concernant les Soins Complètes d'Avortement Centrés sur la Femme, la Planification familiale (DMPA-SC, Planification du post partum) et autres justifient de façon impérieuse une de raison de l'actualisation des Normes et Directives relatives à la Santé Reproductive de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant & de l'Adolescent et Nutrition.

C'est dans ce contexte qu'un atelier a été organisé à Matadi en avril 2023 pour la production du premier draft des normes et directives SRMNEA-Nut actualisées et, ces volumes ont été validés par l'Assemblée Générale de la plateforme SRMNEA-Nut du 8 Décembre 2023.

Les Normes et Directives ainsi rendues disponibles sont destinées à l'usage des prestataires de services (médecin, infirmiers, sage-femme) 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 services de planification familiale
- 7 Normes et Directives relatives à la prise en charge médicale des victimes/survivants des violences basées sur le genre
- 8 Normes et Directives relatives aux interventions à base communautaire pour la santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Nutrition

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 victimes / survivants des violences basées sur le genre. 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

a. Définition de l'intervention

La prise en charge (PEC) médicale des Victimes / Survivants de Violences Basées sur le Genre (VVBG/SVBG) est l'ensemble des services et soins médicaux offerts à une personne ayant subi une violence. Elle est l'un des volets de la prise en charge holistique des VVBG/ SVBG.

b. Définition des concepts des VVBG

1) Violence

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la violence est définie comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations.

2) Violence sexuelle

L'OMS définit la Violence sexuelle comme tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail.

NB. Cette définition s'applique notamment au mariage précoce des filles, le mariage imposé, l'inceste, le lévirat et le sororat, le rapt marital, la prostitution forcée, la violence sexuelle contre les professionnels de sexe, les abus en milieu scolaire.

La violence sexuelle est aussi comprise comme tout acte sexuel essayé ou complet avec une personne qui est :

- Incapable de comprendre la nature ou la condition de l'acte
- Incapable de refuser la participation ou
- Incapable de communiquer qu'elle ne souhaite pas s'engager dans l'acte sexuel (par exemple, parce qu'elle est malade, infirme ou sous l'influence d'alcool ou autres drogues ou encore suite à l'intimidation ou la pression).

3) Les violences sexospécifiques

Le terme genre renvoie à un fondement de l'organisation sociale qui fait référence aux spécificités sociales des individus dans leur communauté et dans leur culture en fonction de

leur sexe. On trouve en effet, dans chaque société, des règles, implicites et explicites, qui régissent les rôles et le statut de chacun de ses membres selon son sexe. Ces règles (normes de genre) déterminent ce qui est acceptable, convenable et approprié à chacun, selon qu'il est de sexe féminin ou masculin. On apprend en communauté à être un homme ou une femme avec les droits et devoirs propres à son sexe. L'application rigide des normes de genre entraîne indubitablement les violences.

4) Les violences basées sur le genre

La violence basée sur le genre est un terme générique utilisé pour décrire tout acte qui entraîne ou qui vise à entraîner un préjudice ou une souffrance physique, sexuelle ou psychologique à une femme parce qu'elle est une femme ou à un homme parce qu'il est un homme, y compris la menace de tels actes, la coercition ou la privation arbitraire de liberté, que cela arrive en public ou dans la vie privée. « Les violences basées sur le genre se manifestent par le fait de croyances, de traditions, de comportements ou d'attitudes dommageables envers les individus en fonction de leur sexe.

5) La violence faites aux femmes

« Le terme "violence à l'égard des femmes" désigne [tous] les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.

6) La violence exercée par un partenaire intime / la violence conjugale.

Il s'agit de violence et de maltraitance permanente ou passée, infligée par un partenaire intime : mari ou épouse, petit(e) ami(e) ou amant(e) – actuel (le) ou un(e) ancien(ne).

Les victimes peuvent souffrir de plusieurs types de violence par un(e) partenaire : violence physique, maltraitance psychologique/émotionnelle, comportements de domination et violence sexuelle.

7) Violence physique

Elle consiste à causer des blessures ou des douleurs corporelles, par exemple, frapper, donner des coups de pied ou battre, pousser, blesser avec ou sans une arme.

8) Maltraitance psychologique/émotionnelle

Elle peut inclure de nombreux types de comportements, par exemple :

- Critiquer souvent sa femme ou son mari ;
- L'insulter ou lui dire qu'elle (il) est affreuse (x) ou stupide ;

- Menacer de la(le) blesser ou de blesser ses enfants ;
- Menacer de détruire les choses auxquelles elle (il) tient ;
- La(le) rabaisser OU L'HUMILIER EN PUBLIC.

9) Comportements de domination

Sont visés, par exemple, les comportements suivants :

- Ne pas permettre à une femme de sortir de la maison ou de voir des membres de la famille ou des amis ;
- Insister pour savoir où elle (il) est à tout moment ;
- Douter souvent de sa fidélité ;
- Ne pas l'autoriser à consulter pour des soins sans qu'elle en demande la permission ;
- La(le) laisser gérer la maison sans argent.

10) Violence sexuelle

Elle englobe les comportements suivants :

- Forcer une femme à avoir des relations sexuelles ou à se livrer à des actes sexuels quand elle ne le veut pas ;
- Lui faire du mal pendant les rapports sexuels ;
- La forcer à avoir des relations sexuelles sans protection contre le risque de grossesse ou d'infection.

11) Une agression sexuelle

Est définie comme n'importe quel acte de violence ou contact physiques à caractère sexuel, y compris une pénétration vaginale, anale, avec le pénis, une autre partie du corps ou un objet étranger, perpétrés sans le consentement de la personne visée. Une agression sexuelle inclut l'acte sexuel forcé par voie orale.

12) Le viol

Le viol est une forme d'agression sexuelle qui a une signification juridique spécifique tel que stipulé dans L'article 2, paragraphe 2 de la loi n° 06/018 du 20/07/2006 modifiant l'art 170 du Code Pénal Congolais dont les détails sont placés en annexe.

13) Victime « survivante »

Le terme de victime a été défini par l'Assemblée générale des Nations unies comme « des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omission qui enfreignent

les lois pénales en vigueur dans un État membre [...] ou les normes internationalement reconnues en matière de droits de l'Homme ».

Le terme « survivant » est fondée sur la conception qu'une victime de violences devient « survivante » lorsqu'elle cesse de subir ce préjudice et surtout de violence. Les partisans de cette terminologie considèrent que la personne a survécu à la violence subie. Le terme « survivant » est ainsi utilisé pour souligner la force de la personne, et son refus de s'inscrire dans un processus de victimisation.

14) Le consentement en matière sexuelle

C'est l'acceptation volontaire d'une relation sexuelle basée sur une égalité de pouvoir pour s'engager dans un acte sexuel quelconque.

15) La coercition

Elle vise le recours à la force à divers degrés. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres menaces.

16) Le traumatisme

C'est une version extrême de situations stressantes. C'est un état de perturbation mentale ou émotionnelle connu également sous le nom de choc. Sans aide, l'événement traumatisant marque les gens pour le reste de leur vie.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Prendre correctement en charge les victimes/survivants des violences basées sur le genre afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux VBG.

1.2.2. Objectifs spécifiques

1. Assurer la gestion clinique de violence sexuelle/Viol
2. Assurer aux femmes, aux hommes et aux enfants SBVG/WBG les soins de santé mentale complémentaire;
3. Collaborer avec d'autres structures spécialisées pour la référence dans le cadre de la PEC holistique.

1.3. Cibles / Bénéficiaires

La PEC médicale est destinée aux femmes, filles, hommes et enfants, survivants de violence basée sur le genre.

1.4. Moment / Périodicité

La PEC médicale des survivant(e)s des VBG est assuré dès qu'il (elle) se présente dans un établissement des soins.

SECTION II. NORMES

2.1. Normes d'interventions

Les interventions de prise en charge médicale des SBVG/VBG consistent à :

- Organisation d'un service des soins aux survivants(es) des violences basées sur le genre ;
- Respect des principes directeurs ;
- Accueil et à la préparation de la victime/le survivant avant l'examen ;
- Gestion clinique aux survivants de violence sexuelle/viol ;
- Offre des soins de santé mentale complémentaires ;
- Organisation de la collaboration avec d'autres services spécialisés dans le cadre de la PEC holistique ;
- Gestion des données ;
- Promotion de l'égalité du genre ;

2.2. Normes de ressources humaines

Les catégories professionnelles requises pour la PEC médicale des SBVG/VBG sont :

Au niveau du centre de santé (CS)

Au moins un(e) infirmier(ère) de niveau minimum A2 ou une Sage-femme, formé(e) dans la prise en charge médicale des SBVG/VBG.

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

En plus des dispositions du CS :

Au moins un médecin formé dans la prise en charge médicale des SBVG/VBG.

2.3. Normes d'infrastructures

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.

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 assurant la confidentialité.

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 VVBG 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 SVBG/VVBG 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 VIH 1/2, STAT PACK ou Chembio VIH ½ et Unigold
 - **Antirétroviraux (ARV)** : TDF/3TC/DTG et ABC/3TC+DTG
 - **Antibiotiques** : céfixime 2 cés 200 mg ou ceftriaxone, Ciprofloxacine, ou Spectinomycine, Azithromycine 4 cés 250 mg ou Doxycycline, Erythromycine ou Amoxicilline, Benzathine benzylpenicilline, Erythromycine, Métronidazole
 - Test de grossesse
 - PCU : Levonorgestrel 2 pilules de 750 µg
 - DIU TCU 380
 - Vaccin et sérum antitétanique
 - Vaccin contre l'hépatite B
 - Analgésiques
 - Pommade de massage
- Les médicaments relatifs aux SCACF :
 - Misoprostol
 - Combinaison de Misoprostol et Mifeprestone

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 SBVG/VBG, en l'occurrence :

- **Outils de prestation (outils techniques) :**
 - Dossier des SBVG/VBG (formulaire de consentement, fiche de consultation, fiche de suivi, fiche de référence et contre référence,

certificat de premier constat, fiche de certification des preuves médico-légales),

- Fiche technique,
- Supports éducatifs (affiches, dépliants, boîte à images VBG),
- Algorithmes de prise en charge des IST,
- Protocole de la prophylaxie post-ex positionnelle au VIH,
- Protocole de la contraception d'urgence,
- manuels de formation ;
- Fiche de consultation SCACF

- **Outils de gestion :**

- Fiche des statistiques médicales,
- Registre des cas de VBG,
- Fiche d'incidence,
- Registre SCACF.

SECTION III. DIRECTIVES

La prise en charge médicale des SVBG/VVBG repose sur les directives ci-après **au niveau de tous les Etablissements de Soins de Santé** :

3.1. Directives relatives à l'organisation d'un service des soins aux survivants(es) des VBG

Pour l'ECZS :

1. Détermination des besoins en ressources nécessaires pour améliorer la qualité de service (matérielles, humaines, espaces, outils de prestation et de gestion des données) ;
2. Renforcement de la synergie de collaboration avec les volets ci-haut cités.

Pour les prestataires de soins :

1. Détermination des besoins en ressources nécessaires pour améliorer la qualité de service (matérielles, humaines, espaces, outils de prestation et de gestion des données) ;
2. Observation du circuit normé de PEC des SVBG dans la structure ;
3. Détermination des ressources manquantes dans le système de référence pour améliorer la communication entre les différents volets de prise en charge (Santé, Justice juridique, Psychosocial et réinsertion socio-économique) ;
4. Amélioration de la collaboration entre les volets de prise en charge ;
5. Contribution à la gestion de l'information par la collecte et la transmission des données ;
6. Conserver de manière confidentielle tous les documents de travail ;

3.2. Directives relatives au respect des principes directeurs

Pour la SVBG/VVBG

(1) Respecter les droits fondamentaux suivants :

- Droit à la confidentialité, au respect de la vie privée, à la non-discrimination et à la sécurité

(2) Garantir l'égalité des sexes

- Si SBVG/VVBG enfant ou adolescent :
 - Veiller à l'intérêt supérieur de l'enfant ou de l'adolescent ;

- Tenir compte de l'évolution des capacités des enfants et adolescents en leur donnant des informations appropriées à leur âge, en veillant à obtenir leur consentement éclairé ;
- Respecter le principe de non-discrimination dans la prestation des soins ;
- Garantir la participation des enfants et des adolescents dans la prise des décisions ayant des implications dans leur vie.

Pour le prestataire

1. Avoir un comportement constructif (écoute active, empathie ...)

Ne jamais être auteur ou complice de viol
--

:

3.3. Directives relatives à l'accueil et à la préparation de la victime/le survivant avant l'examen

- (1) **Accueillir** le/la client(e) SVBG, 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) SBVG/VBG
 - 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.
- (5) **Préparer** les matériels et la salle de consultation.

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

3.4. Directives relatives à la gestion clinique des victimes de violences sexuelles/ viol

Cette gestion clinique se fait en 9 étapes successives suivantes :

- Etape 1 : Offrir le soutien de 1ere ligne
- Etape 2 : obtenir le consentement libre et éclairé de la SVBG et la préparer
- Etape 3 : procéder à l'anamnèse
- Etape 4 : réaliser un examen physique et génital
- Etape 5 : Procéder à la collecte des preuves médico-légales
- Etape 6: Prescrire un Traitement
- Etape 7: renforcer la sécurité et l'entourage (référer la survivante ayant besoin de soins supplémentaires)
- Etape 8 : évaluer la santé mentale de la survivante et apporter un soutien psycho-social
- Etape 9 : assurer un suivi médical

Etape 1 : **Offrir le soutien de première ligne**

Offrir le soutien de première ligne en se référant aux 5 lettres de l'acronyme **VIVRE**

V:	Vraiment Ecouter : écouté la femme attentivement sans porter de jugement ;
I:	S'Inform er sur les besoins et les préoccupations : évaluer et répondre à ses différents besoins et préoccupations émotionnelles, physiques, sociaux et pratiques (garde des enfants) ;
V:	Valider : lui montrer que vous la comprenez et que vous la croyez, rassurer qu'elle n'est pas à blâmer ;
R:	Renforcer la sécurité et : étudier un plan pour la protéger contre des souffrances supplémentaires si la violence se reproduit ;
E:	l'Entourage : la soutenir en l'aidant à accéder à des informations, à des services et au soutien social.

Etape 2 : Obtenir le consentement libre et éclairé

- Expliquer au SVBG/WBG qu'il sera examiné et soigné s'il le veut
- Adapter les procédures de consentement quand il s'agit d'un/ une enfant survivant(e) :
- Faire signer le formulaire de consentement à un parent ou tuteur non soupçonné de l'enfant ou adolescent(e) mineur(e), tout en tenant compte de son avis, son âge et de son degré de maturité.
- Décrire les 4 composantes de l'examen en expliquant ce qui va se passer dans chaque étape (examen physique, génital, collecte des preuves médico-légales et partage d'information et des preuves médicales à la police, à la justice)
- Encourager le SVBG/WBG à poser des questions et à répondre de façon détaillée
- Demander au survivant de signer le formulaire, une fois que vous êtes sûre qu'il a compris

Etape 3 : Procéder à l'anamnèse et au recueil du récit des faits

1° Conduire l'anamnèse en tenant compte de l'âge ;

2° Préparer la VVBG/le (la) SVBG 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.

3° 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 SVBG 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.

- 4°** Identifier les antécédents médico-chirurgicaux (maladies, allergies, prise de médicaments, vaccination et état sérologique) ;
- 5°** Evaluer la possibilité d'une grossesse : demander la date des dernières règles et les détails sur l'utilisation de la contraception ;
- 6°** Aider la WBG/le survivant à dégager toutes les solutions alternatives aux problèmes posés ;

- 7° Aider la VBG/le survivant 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 ;
- 8° Résumer le récit en vérifiant la compréhension des faits.
- 9° Procéder au counseling PF

Etape 4 : Procéder à un examen physique et génital

1) Lignes de conduite générales

- 1° S'assurer que les équipements, matériels et intrants ont été préparés ;
- 2° Obtenir le consentement éclairé et volontaire de la SBVG/VBG(e) pour l'examen et le prélèvement des échantillons requis à des fins d'analyse médico-légale ;
- 3° Donner à la victime une blouse ou un drap pour se couvrir (pour éviter qu'il (elle) se déshabille complètement) ;
- 4° Toujours expliquer à la SBVG/VBG ce qui va être fait et lui demander sa permission avant de procéder ;
- 5° Noter l'apparence de la SBVG/VBG ainsi que son état mental ;
- 6° Lui dire qu'elle a le droit de poser des questions et d'interrompre l'examen à tout moment ;
- 7° Procéder à l'évaluation initiale pour exclure les complications médicales graves nécessitant un traitement d'urgence ;
- 8° Prélever et noter la taille, le poids et les signes vitaux de la SBVG/VBG : pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire et température ;
- 9° Expliquer à la SBVG/VBG les résultats de l'examen ;
- 10° 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

11° Documenter clairement et systématiquement toutes les blessures dans la fiche de consultation et illustrer les résultats à l'aide du pictogramme.

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

1° Procéder à l'examen physique en tenant compte de l'âge et du sexe de SBVG/WBG :

- 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 tympons 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 de la WBG :

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 :
 - o 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.
 - o 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) :
 - o Inspecter, sous un bon éclairage, le col puis le fornix postérieur et la muqueuse vaginale pour rechercher d'éventuelles blessures et signes d'infection.
 - o 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° Noter l'emplacement des lacérations, écorchures et contusions sur le pictogramme et formulaire d'examen.**

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

- 1° Procéder à l'examen physique en tenant compte de l'âge et du sexe de la SBVG/VBG :**
- 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 des parties génitales, l'anus et le rectum de la VBG :**
- Noter tout signe de guérison de lésions au niveau des parties génitales, anus et rectum et/ou de récentes cicatrices.

Etape 5 : Procéder à la collecte des preuves m dicol gales

- 1° Collecter les preuves avec consentement de la victime, il faut respecter son choix ;**
- 2° Collecter des preuves qui pourront être traité ;**
- 3° Collecter les preuves m dicol gales le plus tôt possible de manière à ce que le/la patient(e) n'ait pas à subir plusieurs examens invasifs qui pourraient s'avérer traumatisants.;**
- 4° Documenter les blessures, souligner la présence de corps étranger (la terre, les feuilles, les herbes) ;**
- 5° Prélever les échantillons (sang, cheveux, salive, sperme et corps étrangers) dans les 72 heures.**
- 6° étiqueter les échantillons ;**
- 7° Conserver les échantillons et les acheminer pour analyse ;**
- 8° Prendre en considération les exigences et les compétences de la justice locale ainsi que l'aptitude des laboratoires locaux à analyser les preuves ;**
- 9° Remplir la fiche de certification des preuves médico-légale ;**

10° Rédiger un rapport d'expertise médico-légale en cas de réquisition.

Etape 6 : Prescrire le traitement aux SVBG

1) Cas où la SBVG/VVBG 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.

Schéma thérapeutique de 1ère intention

		ABC/3TC 120/60		DTG 10	DTG 50	TDF/3TC/DTG 300/300/50
Age	Poids (Kg)	mg	mg	mg	mg	mg
		Matin	Soir	Dose Journalière	Dose Journalière	Dose Journalière
< 3 ans	3-5.9 kg	½ co	½ co	½ co		
≥ 3 < 10 ans	6 - 9.9kg	1 co	½ co	½ co		
	10- 13.9kg	1 co	1 co	2 co		
	14 - 19.9kg	1,5 co	1 co	2,5 co		
Adolescent	20 - 24.9kg	2 co	1 co		1 co	
	25 - 29.9kg	2 co	2 co		1 co	
Adolescent et adulte	30 Kg et plus					1 co

5° Procéder à la contraception d'urgence.

- Aborder le sujet de la contraception d'urgence avec toute femme en âge de procréer ainsi qu'avec jeune fille qui a déjà eu ses premières règles et/ou a déjà des caractères sexuels secondaires, en associant ses parents ou son tuteur afin qu'elle puisse comprendre et suivre le traitement prescrit.
- Pratiquer un test de grossesse ; si pas grossesse détectée,
- 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 µg) ou autres Pilules recommandées (se référer à l'annexe 3 sur la contraception d'urgence).
- Si PCU non disponible utiliser le DIU en cuivre ;

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 et lui fournir toutes les informations possibles pour la gestion de sa grossesse

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 combiné antitétanique et anti diphtérique (Td) 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 et anti diphtérique :
 - 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 2ième 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.

2) Cas où la SBVG/VVBG 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 la SBVG/VVBG 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 SBVG/VVBG enceinte.

- Pratiquer un test de grossesse au moment où la SBVG/VVBG se présente à la structure de santé ;
- Rechercher le lien entre cette grossesse et le viol par la date de DR et l'échographie ;
- Cas des tests positifs
 - Si grossesse n'est pas due au viol :
 1. Rassurer la femme que sa grossesse n'est pas due au viol
 2. Apporter à la patiente un soutien psychoaffectif ;
 3. Conseiller la SBVG/VVBG à suivre les CPN
 - Si Grossesse due au viol :
 1. Et si cette grossesse est acceptée :
 - Assurer la gestion clinique de la grossesse post viol
 - Offrir le soutien psychoaffectif au SBVG/VVBG et la référer aux services de CPN
 2. Si grossesse non acceptée :
 - Offrir le soutien psychoaffectif ;
 - Se référer aux normes et directives SCACF ;

4° Prendre en charge le tétanos.

- Orienter la SVBG/VBG vers la formation sanitaire appropriée en cas de constatation de signes d'infection tétanique (trismus, contractures, opisthotonos) ;
- Vacciner immédiatement la VBG 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 la VBG 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 la VBG n'a pas été vacciné(e) et que la vaccination est indiquée en raison des conditions locales.

Etape 7: Renforcer la sécurité et référer la VBG pour une aide supplémentaire

Demander à la survivante si elle a un endroit sûr où aller, si non, faire un plan de sécurité telle que recommandé par le soutien de première ligne.

Etape 8 : Evaluer la santé mentale et apporter un soutien psychosocial

- 1° Evaluer les troubles psychologiques et émotionnels de la SVBG/VBG
- 2° Apporter le soutien psychologique de base
- 3° Référer tout cas de VBG à un psychologue si disponible

Etape 9: Suivi médical de la SVBG/VBG

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 SVBG/VBG en annexe).

3.5. Directives relatives aux soins de santé mentale

1) Soutien psychosocial de base

Devant tout cas de violence sexuelle ou de VPI, le prestataire des soins est appelé à lui offrir le soutien psychosocial de base qui consiste à :

- 1° Fournir des informations sur les réactions de stress normales après une expérience de violence aux victimes, cela peut les soulager et les aider à mieux faire face à cette situation.
- 2° Traiter les facteurs de stress psychosociaux actuels : le prestataire doit identifier et discuter avec la victime sur des problèmes qui lui créent de stress et qui ont un impact sur sa vie quotidienne.

Le prestataire doit :

- Demander à la SVBG/WBG son grand souci ou problème actuel, comment cette situation l'a-t-elle affecté ?
- Aider la SVBG/WBG à gérer les facteurs de stress en faisant ceci :
 - o **Passer** en revue et renforcer les soutiens sociaux de la survivante et ses méthodes d'adaptation ;
 - o **Enseigner** des techniques de gestion des stress à la survivante : exemple (technique de respiration lente) ;
 - o **Identifier** avec elle les solutions et stratégies d'adaptations potentielles :

Encourager-la à :

- Tirer parti de ses forces et de ses capacités (demander lui comment elle a surmonté des situations difficiles par le passé)
 - Continuer ses activités normales
 - Participer à des activités relaxantes pour réduire l'anxiété et la tension (ex : marcher, chanter, prier, jouer avec les enfants...)
 - Passer du temps avec les amis et les membres de la famille qui la soutiennent et éviter de s'isoler
 - Essayer de pratiquer une activité physique régulièrement
 - Respecter les heures de sommeil et éviter de trop dormir
 - Éviter de recourir à l'automédication ou à la consommation d'alcool ou des substances illicites pour essayer de se sentir mieux.
- a. **Discuter** de référence vers un service spécialisé pour le soumettre aux tests psychologiques)

(1) Evaluer les troubles de santé mentale

La plupart des survivants récupère grâce à un soutien psychosocial de base, certaines peuvent connaître des symptômes et problèmes affectant leur fonctionnement quotidien. Dans ce cas, il faut évaluer leur état mental et les orienter vers un spécialiste de la santé mentale.

Quand vous évaluer la santé mentale, tenez compte des éléments suivants :

- Son apparence générale : prend-elle soin de son apparence ?
- Son comportement : agitation, léthargie...
- Ses expressions faciales, son humeur : pleure- t- elle ? est-elle anxieuse ? son visage est-il sans expression ;
- Son langage corporel ; posture, contact visuel ;
- Sa façon de parler (parle -t-elle lentement, ou rapidement, reste -t- elle silencieuse ?) ;
- Ses pensées (souvenir récurrents, ...)

3.6. Directives relatives à l'organisation de la collaboration avec les autres structures de prise en charge des SBVG/VVBG

- 1) Référer vers une structure sanitaire supérieure dans les cas où les soins dont la SBVG/VVBG 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 SBVG/VVBG repose sur les directives ci-après **au niveau de l'HGR.**

- 1° Prendre en charge les cas des SBVG/VVBG 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.

3.7. Directives relatives à la gestion des données

- 1) Utiliser les outils Pays normés en rapport avec la gestion des données des VSBG ;
- 2) Remplir correctement les outils y relatifs mis à leur disposition ;
- 3) Utiliser le circuit défini par le niveau central pour remonter les données santé(DHIS2) et alimenter la base de données (Data mapping) du Ministère du Genre, Famille et Enfant en interopérabilité avec DHIS2 et la base de données de la Police Nationale en cette matière.

3.8. Directives relatives à la Promotion de l'égalité du genre

- 1) Eviter de renforcer les inégalités entre les hommes et les femmes ;
- 2) Veiller à ne pas exposer la femme à des risques ;
- 3) Croire en la victime et prendre au sérieux ce qu'elle raconte ;
- 4) Eviter de la blâmer et de la juger Donner des informations et conseils à la victime qui vont l'aider à prendre ses propres décisions.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) 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.
- (2) OMS, **Rapport Mondial sur la violence** 2002.
- (3) 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.
- (4) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Protocole de prise en charge médicale des survivants de violence sexuelle***. PNSR, 2012.
- (5) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Guide national de prophylaxie post-expositionnelle pour la prévention de l'infection à VIH***. PNLS, 2011.
- (6) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Fiche technique d'utilisation du kit PEP (prophylaxie post-expositionnelle à VIH)***. PNLS, 2011.
- (7) Médecins du Monde / France. ***Prévention et réponse aux violences liées au genre : Guide méthodologique***. France.
- (8) 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.
- (9) 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.
- (10) The National Prosecuting Authority of South Africa. ***Uniform protocol for the management of victims, survivors and witnesses of domestic violence and sexual offences***.

- (1) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Protocole de prise en charge médicale des survivants de violence sexuelle***. PNSR, 2012.
- (2) 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 2016.
- (3) Ministère de la Santé Publique, RDC. Normes & Directives ***des soins complets d'avortement centrés sur la femme (SCACF)***. 2020.
- (4) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Guide national de prophylaxie post-expositionnelle pour la prévention de l'infection à VIH***. PNLS, 2020.
- (5) Ministère de la Santé Publique, RDC. Manuel de formation sur la ***prise en charge médicale des survivants de violence basée sur le genre***. PNSR, 2021.
- (6) Ministère de la Santé Publique, RDC. ***Fiche technique d'utilisation du kit PEP (prophylaxie post-expositionnelle à VIH)***. PNLS, 2021.
- (7) OMS, *manuel de Prise en charge des survivants/victimes des violences basées sur le genre*, mars 2021.

ANNEXES

Annexe 1 : cycle de violence

Annexe 2 : Le cycle de la violence conjugale

A chaque étape, le danger augmente pour celle qui subit :

- **Phase de tension**, d'irritabilité de l'homme, liées selon lui à des soucis ou à des difficultés de la vie quotidienne. Pendant cette phase, la violence n'est pas exprimée directement, mais elle transparaît à travers les mimiques (silences hostiles), les attitudes (regards agressifs) ou le timbre de la voix (ton irrité). Tout ce que fait le conjoint ou la compagne énerve. Pendant cette phase de montée de la violence, l'homme tend à rendre la femme responsable des frustrations et du stress de sa vie. Bien sûr, les raisons invoquées par lui ne sont qu'un prétexte et en aucun cas une cause de la violence. A cette étape, les victimes ne sont pas encore capables de comprendre ce qui se passe et les stratégies utilisées consistent à éviter les dégâts, à minimiser les choses et faire baisser la tension.
- **Phase d'agression**, où l'homme donne l'impression de perdre le contrôle de lui-même. Ce sont alors des cris, des insultes et des menaces ; il peut aussi casser des objets avant d'agresser sa compagne physiquement. La violence physique commence progressivement : bousculades, bras tordus, gifles, puis coups de poing et éventuellement recours à une arme. La perte de contrôle de l'agresseur et son désir de destruction sont les traits distinctifs de cette phase. Face à cette explosion, la victime peut protester, éviter les coups, fuir ou se réfugier dans une autre pièce, mais elle évite généralement de répondre du coup par coup, car elle a peur. Elle sait que toute réaction violente de sa part ne fera qu'augmenter la violence de son partenaire. C'est pour elle une question de survie. Une fois passée, l'agression laisse place à celle de l'anxiété, de la tristesse, et à un sentiment d'humiliation et d'impuissance.
- **Phase d'excuses**, de répit amoureux où l'homme cherche à se faire pardonner et à minimiser son comportement. Cette phase se caractérise par une période d'accalmie, voire de comportement amoureux de la part de l'agresseur. L'explosion de violence est suivie de remords et l'homme tente de s'en débarrasser en cherchant une explication qui pourrait le déculpabiliser. Le plus facile est de rendre sa partenaire responsable ; elle l'a provoqué. Ou il justifie son comportement par des motifs extérieurs (surcharge de travail, alcool, fatigue etc.).
- **Phase de réconciliation** : Pour se faire pardonner, l'homme adopte alors une attitude agréable. Il devient attentif et prévenant. On interprète cette phase comme une manipulation des hommes pour mieux « tenir » la victime. En réalité, à ce moment précis, les hommes sont sincères, car ils sont paniqués à l'idée qu'ils sont allés trop loin et que leur femme peut les quitter. C'est la peur de l'abandon qui conduit à ce

changement de comportement. Pendant cette phase, les femmes reprennent espoir de voir les choses s'arranger. C'est généralement à ce moment- là qu'elles retirent leurs plaintes ou renoncent à porter plainte. Le cycle de violence peut donc recommencer, parfois de plus belle encore.

Liens entre « violences liées au genre » et « violences faites aux femmes »

Nous pouvons constater que, même si les femmes, les hommes, les garçons et les filles peuvent être victimes de violences liées au genre, les femmes et les filles en sont les principales victimes. Cela constitue une illustration symptomatique de la construction sociale inégalitaire entre les hommes et les femmes dans la plupart des sociétés. Souvent, les termes de « violences faites aux femmes », « violences genrées », « violences liées au genre », « violences sexospécifiques » ou bien encore « violences sexistes » sont utilisés de manière interchangeable.

Différents types de violence sexuelles

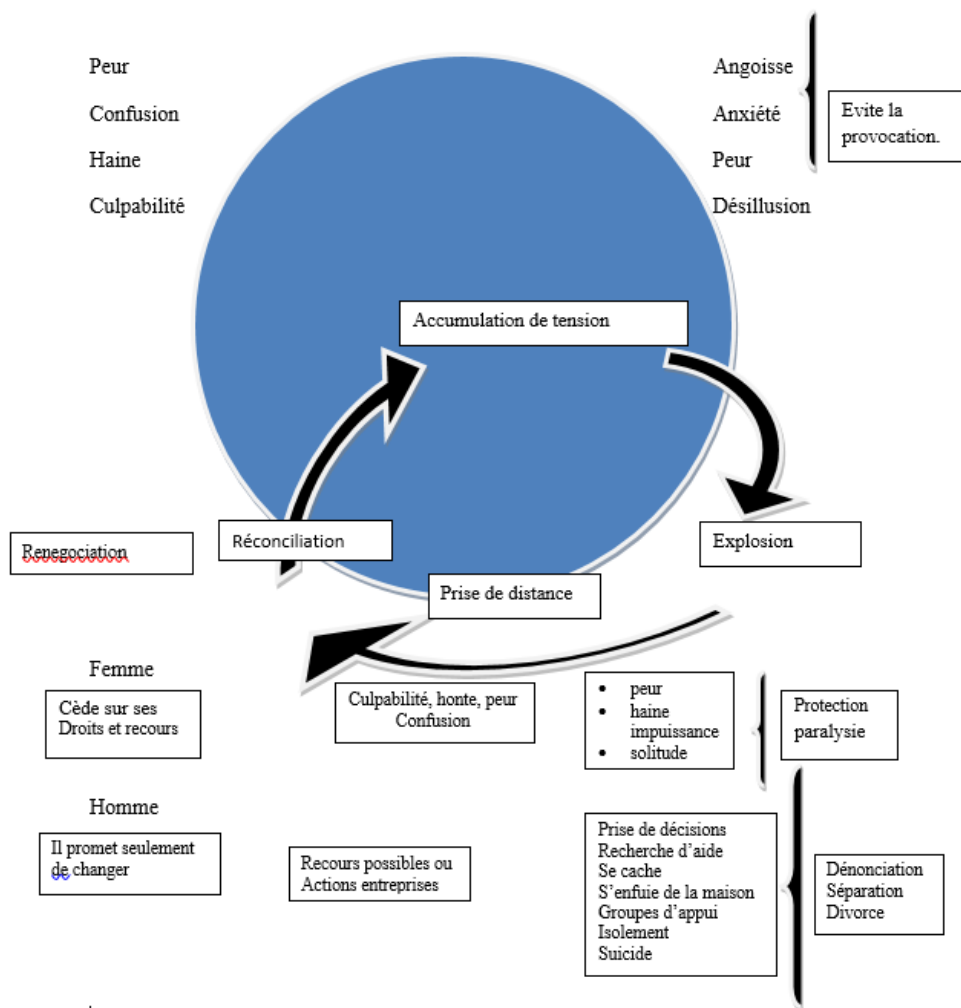
La violence sexuelle s'exerce sous différentes formes dont il faut bien comprendre le sens, les circonstances de survenue et identifier les auteurs potentiels tel qu'illustré par le tableau ci-après :

Formes	Description / exemples	Peut-être perpétré par ...
1. Harcèlement sexuel	Toute avance sexuelle malvenue, généralement répétée et sans réciprocité ; attentions sexuelles non sollicitées ; Demande d'accès ou de faveurs sexuelles ; Allusion sexuelle ou autre comportement verbal ou physique de nature sexuelle ; Exhibition de documents pornographiques, qui empiètent sur le travail, est présentée comme une condition d'emploi ou crée un environnement de travail intimidant, hostile ou choquant.	Employeurs, superviseurs ou collègues, toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle.
2. Viol et viol conjugal	Pénétration de toute partie du corps de la victime ou de l'auteur par un organe sexuel, ou de l'orifice anal ou génital de la victime par tout objet ou toute autre partie du corps par la force, la menace de la force, la coercition, la mise à profit d'un contexte coercitif, ou à l'encontre d'une personne incapable de donner un consentement authentique (Cour pénale internationale)	Toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, y compris le mari, le partenaire intime ou la personne en charge de la victime
3. Sodomie forcée/ viol anal	Relations anales imposées par la force ou la contrainte, généralement d'un homme à un homme, d'un homme à une femme et d'une femme à une femme. Mais les hommes sont souvent victimes des violences sous les formes suivantes : • Relation sexuelle par l'anus (Sodomisation) • Masturbation forcée de l'auteur ou l'agresseur • Rapport sexuel par voie orale (fellation)	Toute personne en position de force, pouvoir, d'autorité ou de contrôle.
4. Pédophilie	Attirance sexuelle des adultes vers les très jeunes enfants ou entretien des rapports sexuels entre adultes et très jeunes enfants.	Adultes de deux sexes.
5. Abus sexuel	Pénétration physique réelle ou menace de pénétration physique de nature sexuelle, incluant les attouchements déplacés, effectués de force ou dans les conditions de rapports inégaux ou de coercition.	Toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, membre de la famille/communauté, collègue de travail, y compris les

		superviseurs, étrangers.
6. Abus sexuel, souillure et inceste à l'encontre des enfants	Tout acte dans lequel un enfant est utilisé à des fins de gratification sexuelle. Toute relation/interaction sexuelle avec un enfant.	Une personne en qui l'enfant a confiance, y compris un parent, un frère, un membre de la famille élargie, un mari ou un étranger, enseignant, aîné, dirigeant ou toute autre personne en charge de la victime, toute personne en position de pouvoir, d'autorité et de contrôle sur l'enfant.
7. Mutilations génitales féminines	Ablation partielle ou totale, élongation des organes génitaux féminins ou encore, introduction de substances corrosives, pour des raisons culturelles.	Praticiens traditionnels, appuyés, tolérés ou assistés par la famille, la communauté entière, etc.
8. Exploitation sexuelle	Terme désignant le fait d'abuser ou de tenter d'abuser d'un état de vulnérabilité, d'un rapport de force inégal ou de rapports de confiance à des fins sexuelles, y compris, mais sans s'y limiter, en vue d'en tirer un avantage pécuniaire, social ou politique. Certains types de prostitution forcée peuvent relever de cette catégorie.	Toute personne en position de pouvoir, d'autorité ou de contrôle.
9. Violences liées aux NTIC	Consommations des vidéos pornographiques, sextapes, sexchat, sexting, tag, site de rencontre (multiplication des partenaires, taille des OGE), jeux vidéo et sex game/ sexdoll	Adultes et adolescents de deux sexes

NB. A part les formes de violences sexuelles énumérées ci-haut, il existe aussi d'autres formes des violences sexuelles qui sont prévues

Schéma du cycle de la violence



Le viol

L'article 2, paragraphe 2 de la loi n° 06/018 du 20/07/2006 modifiant l'art 170 du Code Pénal Congolais définit le viol comme suit :

« Aura commis un viol, soit à l'aide de violences ou menaces graves ou par contrainte à l'encontre d'une personne, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, soit par surprise, par pression psychologique, soit à l'occasion d'un environnement coercitif, soit en abusant d'une personne qui, par le fait d'une maladie, par l'altération de ses facultés ou par toute

autre cause accidentelle aura perdu l'usage de ses sens ou en aurait été privé par quelques artifices :

- Tout homme, quel que soit son âge, qui aura introduit son organe sexuel, même superficiellement dans celui d'une femme ou toute femme, quel que soit son âge, qui aura obligé un homme à introduire même superficiellement son organe sexuel dans le sien ;
- Tout homme qui aura pénétré, même superficiellement l'anus, la bouche ou tout autre orifice du corps d'une femme ou d'un homme par un organe sexuel, par toute autre partie du corps ou par un objet quelconque ;
- Toute personne qui aura introduit, même superficiellement, toute autre partie du corps ou un objet quelconque dans le vagin ;
- Toute personne qui aura obligé un homme ou une femme à pénétrer, même superficiellement son anus, sa bouche ou tout orifice de son corps par un organe sexuel, par toute autre partie du corps ou par un objet quelconque.

Il y a tentative de viol si l'on essaie de commettre un tel acte. Lorsqu'il y a viol d'une personne par deux ou plusieurs agresseurs, on parle de « viol collectif », un acte de rapport sexuel sans le consentement de la victime, toute pénétration est considérée comme un viol que ça soit par un organe sexuel, un doigt ou tout autre objet utilisé à cette fin, une tentative de viol est un essai d'obtenir d'une personne un rapport sexuel sans aboutir à une pénétration Exemples de viol :

- Viol d'une femme
- Viol d'un mineur (garçon ou fille) y compris l'inceste
- Viol collectif ou en groupe, impliquant plusieurs agresseurs
- Viol conjugal, entre mari et femme

Viol masculin, parfois désigné sous le terme de « sodomie » (sachant que les femmes peuvent aussi être victimes de sodomie)

Le viol est une forme d'agression sexuelle qui a une signification juridique spécifique. En tant que membre du personnel médical, votre rôle n'est pas de déterminer s'il s'agit d'une agression sexuelle ou d'un viol. La définition légale du viol est différente dans chaque pays. Cela incombe aux juristes. [Grace Kodindo] « La responsabilité des cliniciens, ce n'est pas d'établir s'il y a eu viol, c'est d'abord de prendre les survivants en charge ».

Annexe 2 : 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 >45kg : 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>Pas recommandé pour les enfants <18 ans</i>
	Ou	<i>Contre-indiquée pendant la grossesse</i>	
	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	≤45 kg : 20 mg/kg PO en DU
	Ou	<i>Contre-indiquée pendant la grossesse</i>	>45 kg : même posologie que l'adulte
	Doxycycline	100 mg PO 2 fois/jour/7 jours	>45 kg et >12 ans : même posologie que l'adulte
		<i>Contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement</i>	<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	

IST	Médicament	Posologie		
		Adultes	Adolescents enfants	et
Syphilis	Benzathine benzylpénicilline	2,4 millions UI IM en DU <i>(administrer en deux injections à deux endroits différents)</i>	50 000 UI/kg DU	IM en
		Chez les patients allergiques à la pénicilline		
		Doxycycline 100mgPO2 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		
Tricho- monase	Érythromycine	500 mg PO, 4 fois/jour/14 jours		
		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 3 : Protocole de PPE du VIH

		Posologie	
		Adolescents ≥40 kg et adultes, femmes enceintes et mères allaitantes	
Médicament	Présentation		Enfants
Zidovudine (ZDV ou AZT)	Comprimé	1 cé 300 mg	3-5,9 kg :
	300 mg	matin et 1 cé 300 mg soir	6 ml matin et 6 ml soir
	Gélule		6-9,9 kg :
	100 mg		9 ml matin et 9 ml soir
	Suspension		10-13,9 kg :
	buvable		12 ml matin et 12 ml soir
	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	1 cé 150 mg	3-5,9 kg :
	150 mg	matin et 1 cé 150 mg soir	3 ml matin et 3 ml soir
	Suspension		6-9,9 kg :
	buvable		4 ml matin et 4 ml soir
	10 mg/ml		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

Enfants

Médicament	Présentation	3 cés	100/25	3-5,9	kg :
Lopinavir/ Ritonavir (LPN/r)	Comprimé de Lopinavir 200 mg	mg matin et 3	+ cés 100/25 mg	1 ml matin et 1 ml soir	kg :
Kaletra ^R	Ritonavir 50 mg	soir		1,5 ml matin et 1,5 ml soir	kg :
		<i>ou</i>		2 ml matin et 2 ml soir	kg :
	Comprimé de			14-19,9	kg :
	Lopinavir 100	2 cés	200/50	2,5 ml matin et 2,5 ml soir	
	mg	+ mg matin et 1	<i>ou</i>		
	Ritonavir 25	cé 200/50	mg	2 cés 100/25 mg matin et 2	
	mg	soir		cés 100/25 mg soir	
				<i>ou</i>	
	Suspension			1 cé 200/50 mg matin et 1 cé	
	buvable 80			200/50 mg soir	
	mg + 20				
	mg/ml			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 4 : 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, Ovran, 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 5 : Schéma pour l'administration de la combinaison Vaccin Anti Tétanique et anti diphtérique et Sérum Anti Tétanique

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 Compléter vaccination	ou la
Élevé Plaie infectée, plaies majeures (plaies profondes, perte de tissu importante, corps étrangers, nécrose)	Rien	Rappel: TD	Rappel: TD SAT	Commencer Compléter vaccination SAT	ou la

Annexe 6 : Calendrier de suivi des patients/patientes de SVBG

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	- 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	- 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	- 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.	- 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 KAMBA MULAMBA Roger	Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
2.	Dr KABANGE NUMBI Félix	Ministre Honoraire de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
3.	Dr MAKWENGE KAPUT Victor	Ministre Honoraire de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
4.	Mme TSHAL Lilianne	Conseillère
5.	Mme LOKOKA Nanty	Conseillère

1.2. SECRETARIAT GENERAL

a. SECRETARIAT GENERAL

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr YUMA RAMAZANI Sylvain	Secrétaire Général
2.	Dr LOKADI OTETE	Secrétaire Général Honoraire
3.	Dr MIAKALA-Mia-NDOLO	Secrétaire Général Honoraire

b. SECRETARIAT ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr KABEYA Philippe	Membre/ST
2.	Dr MAKAMBA Audace	Membre/ST
3.	Dr MUTOMBO Elie	Membre/ST
4.	Dr MAYAKASA Charles	Membre/ST
5.	Dr MBALA IKONDE	Membre/CNP
6.	Dr MASUDI Jean-Pierre	Conseiller/SG
7.	Dr KASONGO Joseph	Ass. Techn. Du SG
8.	MUKENGESHAYI Bitshi	Membre/CCP

1.3. DIRECTIONS CENTRALES

N°	NOMS/POST NOMS	INSTITUTIONS
1.	Dir EPUMBA EPONDO Jean-Bertin	DSFGS
2.	Dir. Hon. KALUME TUTU	DSFGS
3.	Dr ASHIGO DIALA	DSFGS
4.	Dr BANINGELA Chrisostome	DSFGS
5.	Dr BANONOKO Consolatrice	DSFGS
6.	Dr EYULU MPELA ILONGO	DSFGS
7.	Dr LUSIKILA Chantal	DSFGS
8.	Dr MAVULA Baudoin	DSFGS
9.	Dr MBALI Clément	DSFGS
10.	Dr META WANKOMBO	DSFGS
11.	Dr NGINDU Dilu	DSFGS
12.	Dr YAMBA YAMBA	DSFGS
13.	Dr ZOLA Nene	DSFGS
14.	MEMBO NZO-NZIMBU	DSFGS
15.	MITUMPU NSIONA	DSFGS
16.	Mr SANVUA Gustave	DSFGS
17.	Mr KAKUDJI Samuel	DSFGS
18.	Mr ILUNGA Bruno	DSFGS
19.	Mme KILEMBE Makob	DSFGS
20.	Dr WEUNDE Herman	DSFGS
21.	Mr BOOYO Jean-Fidèle	DSFGS

22.	Dir NGUMBU MABANZA	D1
23.	AG HIOMBO Phillippe	Expert D1
24.	AG KAHODI OMOMBO	Expert D1
25.	Dir MBOMBO KABANTU	D2
26.	CD BONKONDI Eglise	Expert D2
27.	Dr MONGOLO MOLENGI	Expert D2
28.	Mme BASEKA Angela	Expert D2
29.	AG ILOS'OJIBANGO	Expert D2
30.	Dir hon. NGELEKA MUTOLO	ACOREP
31.	Phcien FAZILI	Expert ACOREP
32.	Phcien KALALA	Expert ACOREP
33.	Phcienne MBELU	Expert ACOREP
34.	Phcien LEPUGE M.	Expert ACOREP
35.	Dir KEBELA Benoit	D4
36.	Dr BEYA EFINI Christian	Expert D4
37.	Dr MONDONGE Vital	Expert D4
38.	YOKA EBENGO Denis	Expert D4
39.	Dir MUKENGESHAYI Marcel	D5
40.	Phcienne KIMBAMBU Germaine	Expert D5
41.	AG NGANDU	Expert D5
42.	Dr BOJI Chantal	Expert D5
43.	Dr TSHOMBA Charlie	Expert D5
44.	Dr KAYA Guylain	Expert D5
45.	Dr THETHE Sylvie	Expert D5
46.	Ir LUMBAYI Jean Paul	Expert D5
47.	Dr FARAY ASSUMANY	Expert D5
48.	Dir KOMBA DIEKO	D6
49.	C.B. NDUAYA NDUAYA	Expert D6
50.	KAPONGO Jean	Expert D6
51.	Dr NGAMBWA Gavial	DEP/PNPCMS
52.	Dir KALAMBAYI TEMBWA	D7
53.	Dir MALABA MUYANJI	D8
54.	DUMBO TSHAMOBIA Patrick	Expert D8
55.	Dir KWENGANI MAVAR Benjamin	D9
56.	AG KISESA TANGU BALAK	Expert D9
57.	Dr KUMUTIMA Clarisse	Expert D9
58.	Dir BODY ILONGA	D11
59.	Dr BANZWA Berthe	Expert D11
60.	Dr NGOY Arthur	Expert D11
61.	Dr MOUCKA Jean-Pierre	Expert D11
62.	Dir WELO Albert	D12
63.	Dr MASENGU ILUNGA	Expert D12
64.	MASSIALA Nana	Expert D12
65.	Dir NGILO ZAGBALI	D13
66.	Ir LUPANTCHIA Paul	Expert D13
67.	Dr KASONGO Albert	Expert

1.4. PROGRAMMES SPECIALISES

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr MULUMBA Audry	Dir PEV
2.	AKARASIS MAKASAS	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

10.	MBOMBO BADIBAKE Pathy	Expert PNCPS	75.	Dr BUNGU K.	Dir PNSS
11.	MULUMBA Alphonse	Expert PNCPS	76.	Dr KALENGA NGOIE	Expert PNSS
12.	NDOMBELE MATUSA Pauline	Expert PNCPS	77.	Dr BONGONGO Jules	Dir PNSSU
13.	Dr ILUNGA J.Fidèle	Expert PCIME	78.	Dr SHEKA MALU MALU Charlotte	Expert PNSSU
14.	Dr MBOMA Bibi	Expert PCIME	79.	Dr MUDE MANANA	Dir PNST
15.	Dr MBWEBWE Vivine	Expert PCIME	80.	Dr NKUNKU LUTUMBA	Expert PNST
16.	Dr IDA SUKADI	Expert PCIME	81.	Dr YUMA Sylvain	Dir PNTS
17.	Dr KAPONGO KANIANE	Expert PCIME	82.	NDAKALA David	Expert PNTS
18.	Dr TSHIZEMBA Marie-Albert	Expert PCIME	83.	Dr NGALULA MAMY	Expert PNTS
19.	MUTUALE Mireille	Expert PCIME	84.	VAGHENI MUBUNGA Eugène	Expert PNTS
20.	Dir FOTTO Patricia	Expert PNLCD	85.	Dr BANE MAYAMBU	Dir PRONANUT
21.	Dir KIKOO Marie Josée	Expert PNCLD	86.	BAMUANGA Chrispin	Expert PRONANUT
22.	Dr MATADI MFUNDU	Expert PNCLD	87.	Dr LEBUKI NDA LESSAY	Expert PRONANUT
23.	Dr NZAMBI MPUNGU	Expert PNCLD	88.	KIMBONDO Narcisse	Expert PRONANUT
24.	Dr SHANDENDE Emery	Expert PNCLD	89.	KUWA	Expert PRONANUT
25.	Dr BAKUKULU Jean-Tony	Expert PCIME-C	90.	Dr LEMBA Viviane	Expert PRONANUT
26.	Dr KAZADI Charles	Expert PCIME	91.	Dr MASHUKANO Nicole	Expert PRONANUT
27.	Dr NGOIE Bernard	Expert PCIME	92.	MIDI GISANGA Hélène	Expert PRONANUT
28.	Dr NTUMBAK	Expert PCIME-C			
29.	Dr MPETI Emmanuel	Expert PCIME-C			
30.	Dr NGOIE MUTAMBAY	Expert PCIME-C			
31.	Dr AWACA Naomi	Expert PNLO			
32.	Dr ATUA Benjamin	Dir PNLP			
33.	Dr MASHAKO Patience	Expert PNLP			
34.	Dr MUSWAMBA Jeannine	Expert PNLP			
35.	Dr MWEMA KIMAZA	Expert PNLP			
36.	Dr KUTEKEMENI Albert	Expert PNLP			
37.	Dr OKENGE Augustin	Dir PNLS			
38.	Dr MINGINA Constantin				
39.	Dr MAKENGO Charlotte	Expert PNLS			
40.	Dr SALUMU Freddy	Expert PNLS			
41.	Dr ALIMASI Elie	Expert PNLS			
42.	Dr KIAMENGA Jacquie	Expert PNLS			
43.	Dr OKIATA Jean Paul	Dir PNLT			
44.	Dr YASSANKIA KILOLO	Expert PNLT			
45.	KINES. MUSAFIRI MASUGA	Dir PNRBC			
46.	Dr TSHITENGE Valentin	Expert PNRBC			
47.	Dr MBADU MUANDA	Dir PNSA			
48.	Dir Phcienne MUSUMBA Jackie	Expert PNSA			
49.	MATADI UTE-USENG	Expert PNSA			
50.	VAKANIAKI Rose	Expert PNSA			
51.	Dr KABANGA KAYEMBE Mimi	Expert PNSA			
52.	Dr KAVIRA Noëlla	Expert PNSA			
53.	Dr MUTEBA MUSHIDI	Dir PNSM			
54.	Dr MBO Maire-Louise	Dir PNSR			
55.	Dr KYUNGU BANZA	Expert PNSR			
56.	Dr MUSINDO Protais	Expert PNSR			
57.	AG. LISUMBU MOTANDA	Expert PNSR			
58.	Dr BOKINGO Marcel	Expert PNSR			
59.	Dr BUALUTI Thierry	Expert PNSR			
60.	Dr CAMBELE MUSAMBA	Expert PNSR			
61.	Dr KABING Didier	Expert PNSR			
62.	Dr LOSSO Collette	Expert PNSR			
63.	Dr MASHAGIRO Isabelle	Expert PNSR			
64.	Dr MILAMBU Milan	Expert PNSR			
65.	Dr MUKUMPURI Guy	Expert PNSR			
66.	Dr YODI Rachel	Expert PNSR			
67.	Dr KITSITA Christophe	Expert PNSR			
68.	Dr LAMY MITHANO	Expert PNSR			
69.	MAVINGA Albertine	Expert PNSR			
70.	NKONGOLO Bertin	Expert PNSR			
71.	YABILI MALUNGA	Expert PNSR			
72.	Dr MUTONDO Papy	Expert PNSR			
73.	Dr LUNZAILADIO Blaise				
74.	Dr NONGE Jeannette				

1.1. UNIVERSITE DE KINSHASA

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Prof NSIBU Célestin	UNIKIN
2.	Dr MAMBU Thérèse	ESP/UNIKIN
3.	Dr LOKOMBA	SCOGO/UNIKIN

1.2. LES PRESTATAIRES

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Dr MUELA DIFUNDA	HPGRK/SCOGO
2.	Dr MUYILA IKIE IKIE	HGPRK
3.	Dr MINZEMBA François	BDOM
4.	Dr NEMBUZU Dolores	BDOM
5.	Dr KUSONGISILA SUENGE René	BDOM
6.	Dr MASSAMBA Blaise	
7.	Dr NZUNGANI BAKEBA	
8.	NTUMU Clémentine	
9.	MADISISI Anicet	S.M KIMBANGUISTE

1.1. LAPHAKI

N°	NOMS/POST NOMS	FONCTION
1.	Phcien NZENGO NVELA	

1. AGENCES DE L'ONU

1.1. OMS

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr KINI Brigitte	
2.	Dr MBUYI KABULEPA Marie Claude	
3.	Dr COMPAORE ISSAKA Pierre	
4.	Dr NKIERE Nico	
5.	Dr MPOUY Etienne	
6.	FWELO Marie-Claire	
7.	Dr MANZENGU Casimir	

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 SALUMU Freddy
13. Dr TOGOLA SAYIRI

1.3. UNFPA

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
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°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr MULOHEWE KASONGO	

2.2. USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Prof. PIRIPRI Lina	

2.3. USG/USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	LONGONDO ETENI	

2.4. GTZ

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr CAMARA Adama	
2.	Dr Diana	

3. ONG/SANTE

3.1. ABEF ND

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	KATUMBAYI Isaac	
2.	KABONGO MAKWER Willy	
3.	NTATUKIDI MULOBO Nancy	

3.2. ASF/PSI

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr SELEGO Chalet	
2.	Dr NTOYA Ferdinand	

3.3. AXxes

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr MPUNGA Michel	
2.	Dr NSIALA Adrien	

3.4. C-CHANGE/USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Mme CHIRWISA Flora	

3.5. CRS

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr KITU N.	
2.	Dr PETELO	

3.6. ESP/UNC

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr OKITOLONDA Vitus	

3.7. EGPAF

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	KIBUNGU Jocelyne	

3.8. FHI 360

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr MAYALA MABASI	
2.	ENGETELE Elodie	

1.1. HANDICAP INTERNATIONAL

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr NDONA Jackie	

1.2. IPS

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr TONA TSALA	
2.	KAPITA Dady	

1.3. IRC

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr NGOY Pascal	
2.	Dr MASHANT Emilio	
3.	Dr BOUBAKAR TOURE	
4.	Dr AVELEDI Blandine	

1.4. MCHIP/USAID

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr KANZA NSIMBA	
2.	Dr LUNTADILA Papy	

1.5. MEMISA

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	MBIKALE Florimond	
2.	MANZANA Jules	

1.6. MSH (WASHINGTON, SPS, PROSANI)

N°	NOMS/POST NOMS	QUALITE : EXPERTS
1.	Dr TSHITETA Philippe	
2.	Dr OUSMANE FAYE	
3.	Dr ANDRIANANDRASANA 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/MCHIP

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : EXPERTS

1. Susheela ENGELBRECHT
2. Dr NARAYANAN Indira

1.8. SAVE THE CHILDREN

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : EXPERTS

1. Dr SAGNO Kalil

1.9. IPAS

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : EXPERTS

1. Mr MATENGO Arthur Expert IPAS

1.10. BDOM

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : EXPERTS

1. Dr Bénédicte CLAUS (pour référence)

1.11. SERVICE MEDICAL ARMEE DU SALUT

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : EXPERTS

1. Dr N'KU IMBIE (pour référence)

1. PROJET_PARSS-ASSR

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : EXPERTS

1. Dr WANGATA Jacques

2. SOCIETE CIVILE

N° NOMS/POST NOMS QUALITE : EXPERTS

1. SAMUKUNGU Patrice Expert SCOSAF
2. MBOMBO Louise Expert UNAAC
3. Mr DIASIVI Emmanuel Expert COSC-SRMNEA-Nut
4. Mr NGOMA Christophe Expert COSC-SRMNEA-Nut