



**LIVRET D'INFORMATIONS UTILES SUR LES
SERVICES DE SANTE ADAPTES AUX
BESOINS DES ADOLESCENTS ET JEUNES
A L'USAGE DES PRESTATAIRES DES SOINS DE SANTE**

Décembre 2018

TABLE DES MATIERES.

Remerciements_____	2
Acronymes_____	3
INTRODUCTION_____	4
Chapitre 1. Signification de l'adolescence et ses implications en santé publique_____	5
Chapitre 2. Santé Sexuelle et Reproductive des adolescents et jeunes_____	16
Chapitre 3. Services de Santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes_____	22
Chapitre 4. Grossesse précoce, non désirée et contraception chez les adolescents et jeunes_____	26
Chapitre 5. Avortements provoqués chez les adolescentes et jeunes_____	36
Chapitre 6. Infections Sexuellement Transmissibles chez les adolescents et jeunes_____	41
Chapitre 7. Infection à VIH chez les adolescents et jeunes_____	47
Chapitre 8. Généralités sur les violences sexuelles et basées sur le genre chez les adolescents et jeunes_____	50
Références Bibliographiques_____	63

REMERCIEMENT.

Le Programme National de Santé de l'adolescent (PNSA) tient à témoigner sa reconnaissance envers ceux qui ont contribué à l'élaboration ce document.

Conception :

Didier LUKEME, MD, MPH-HE, (Programme National de Santé de l'Adolescent),
Frank AKAMBA, MD (Pathfinder International).

Groupe de travail Interne du Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA) :

Fidèle MBADU (Directeur du PNSA), Junior ZINGA (Directeur Adjoint du PNSA), Didier LUKEME (CD formation), Noëlla KAVIRA (CD PEC), Roger MATADI (CD Recherche), Jean-Marie KALALA, Samy TOPANGO, Dina KAYEMBE, André NONDO, Pierrette MUANDA, Irène MUKUBABILI, Liliane KIBUNGU, Gabriel MUKINI, Rose KAVUO.

Groupe de travail Externe :

Huguette KASONGO (Pathfinder International), Frank AKAMBA (Pathfinder International), Baudouin MAVULA (D10), Olivier KINGULU (D11), Jérémie NLANDU (PNSR), Jean-Jacques HATA (MDM-France), Emmanuel BUDHAMA (SCEV), Lisa MUHOYA (SANRU), Hyppolyte NKOY (Save the Children), Freddy DIBINGA (BOMOTO), Braddy BILALA (IYAFP), Hyacinthe MPANZU (RACQJ).

Rédaction :

Didier LUKEME, MD, MPH-HE, (Programme National de Santé de l'Adolescent).

Appui financier :

Pathfinder International,
Banque Mondiale.

.....

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

La Division de Formation du Programme National
de Santé de l'Adolescent,
Avenue BANGALA, N° 1252
(Dans l'enceinte de la Maternité de Kintambo)
Commune de Kintambo,
Kinshasa/RDC.

ACRONYMES.

DIU	: Disposition intra utérin
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CDV	: Conseil Dépistage Volontaire
CIP	: Communication interpersonnelle
CPON	: Consultation Post Natale
CPN	: Consultation Pré Natale
CS	: Centre de santé
EDS	: Enquête démographique et sanitaire
HGR	: Hôpital général de référence
IEC	: Information, Education, Communication
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MICS	: Multiple Indicators Clusters Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
NTIC	: Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
OPJ	: Officier de police judiciaire
PEC	: Prise en charge
PF	: Planification Familiale
PNSA	: Programme National de Santé de l'Adolescent
PTME	: Prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVV	: Personne Vivant avec le VIH
RDC	: République Démocratique du Congo
RECO	: Relais Communautaire
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SR	: Santé de la Reproduction
SSRAJ	: Santé Sexuelle et de la reproduction aux adolescents et jeunes
VBG	: Violence basée sur le genre
VIH	: Virus d'immunodéficience Humaine
VS	: Violence sexuelle

INTRODUCTION.

Le livret d'informations utiles sur les services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes est destiné aux prestataires des soins de santé (médecins, infirmiers, accoucheuses, etc.), qui ont la charge de communiquer et de prendre en charge les adolescents et jeunes (10-24 ans) qui ont des problèmes de santé sexuelle et reproductive, dans les formations sanitaires.

Ce document a été élaboré par le Ministère de la Santé Publique à travers le Programme National de Santé des Adolescents (PNSA) grâce à l'appui financier du projet «*Amélioration de la santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et jeunes*» ASSRAJ, de Pathfinder International-RDC et de la Banque Mondiale.

Il constitue l'un des manuels indispensables pour l'offre des services de santé clinique par les prestataires des soins de santé. Ce document est une importance capitale car il permet non seulement d'éviter la communication d'informations erronées sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, mais également d'offrir les services de santé de qualité et adaptés aux adolescents et jeunes qui fréquentent les formations sanitaires.

Le livret d'informations utiles sur les services de santé adaptés aux adolescents et jeunes comprend huit chapitres qui décrivent l'adolescence et ses transformations, les différents problèmes de santé sexuelle et reproductive, ainsi les services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes.

Ce manuel qui contient les informations essentielles sur l'adolescence et les services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes devra être maîtrisé par les prestataires des soins de santé avant de commencer à communiquer et de prendre en charge les adolescents et jeunes qui fréquentent leurs formations sanitaires.

SIGNIFICATION DE L'ADOLESCENCE ET SES IMPLICATIONS EN SANTEE PUBLIQUE.

Le chapitre sur la signification de l'adolescence et ses implications en santé publique donne une définition claire de l'adolescence, rappelle les différentes parties des organes génitaux de l'homme et de la femme, ainsi que leurs rôles. Il aborde également les différents changements surviennent pendant l'adolescence et les raisons d'investir dans la santé et le développement des adolescents.

1.1. DEFINITION DE L'ADOLESCENCE.

- **L'adolescence** par définition est une phase de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte (entre 10 et 19 ans). Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important des transformations physiques et psychiques, ce qui se reflète socialement. Il ne faut pas confondre l'adolescence avec la puberté, qui commence à un certain âge suite aux processus hormonaux.
- **La puberté** quant à elle fait référence aux changements physiologiques qui se produisent au début de l'adolescence (parfois amorcés à la fin de l'enfance) et qui aboutissent au développement des capacités sexuelles et de la reproduction.
- En résumé, **les « Adolescents » sont des personnes dont l'âge varient entre 10 et 19 ans, les « Jeunes » les personnes dont l'âge varie entre 10 et 24 ans, et les « Jeunes gens » entre 15 et 24 ans.**

NB : Le Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo fait siennes toutes ces définitions proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (Adolescence, jeunes et jeunes gens).

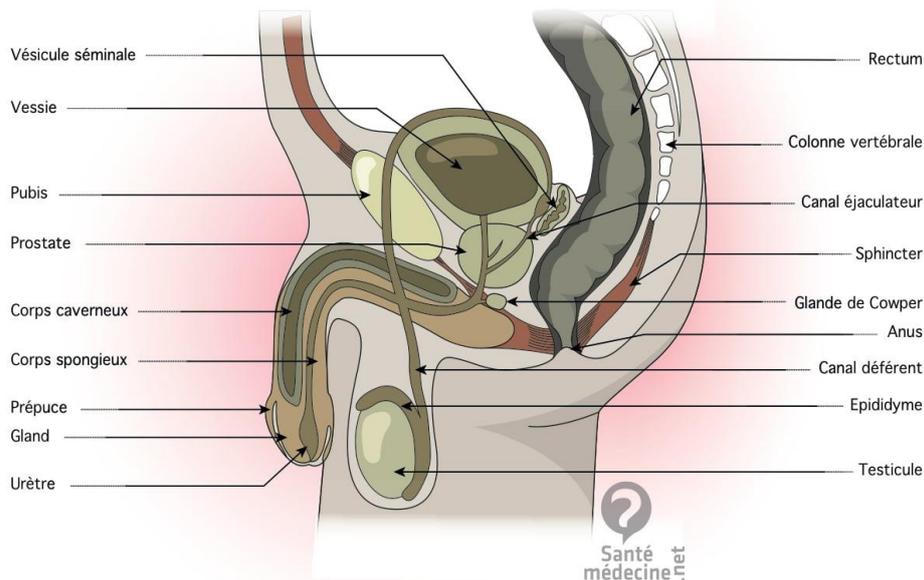
1.2. RAPPELS SUR L'ANATOMIE ET FONCTIONNEMENT DES ORGANES GENITAUX.

Par définition l'anatomie : C'est une science destinée à l'étude des différentes parties composant des organismes vivants, de types animal ou végétal.

Et **la physiologie :** c'est une science qui étudie le rôle, le fonctionnement et l'organisation mécanique, physique et biochimique des organismes vivants et de leurs composants. La physiologie étudie également les interactions entre un organisme vivant et son environnement.

1.2.1. LES ORGANES GENITAUX DE L'HOMME.

Tout individu de sexe masculin est composé de deux types d'organes génitaux, externes et internes tels que décrit dans le schéma ci-dessous :



1.2.1.1. Les organes génitaux externes de l'homme.

Les principaux organes génitaux externes de l'homme sont le pubis, le pénis (ou la verge), les bourses (ou le scrotum) et l'orifice urétral (ou méat urinaire).

- **Le pubis**

- ***Pénis (1) :***

C'est un organe érectile de forme cylindrique qui se termine par une tête appelée gland. Il est composé de deux parties principales les **corps caverneux** (comprenant trois cylindres des corps érectiles. Ils sont creux et se remplissent de sang lors de l'érection), et les **corps spongieux** (irrigués par un système des veines et des vaisseaux qui recouvrent l'urètre). A son extrémité le gland est recouvert par le prépuce.

Notons par ailleurs que le pénis n'a pas de muscle.

Il a pour rôles de copulation (rapport sexuel), et d'évacuation du sperme et des urines.

- ***Bourses ou scrotum (2) :***

C'est une enveloppe qui entoure et protège les testicules. Il a pour rôle de maintenir la température des testicules à la normale (inférieure 34.4°). Elles se contractent quand la température est basse et se dilatent quand elle est très élevée pour maintenir les conditions de production et de vitalité des spermatozoïdes.

1.2.1.2.Organes génitaux internes :

Les organes génitaux internes de l'homme sont : les testicules, les épидидymes, les canaux déférents, les vésicules séminales, l'urètre, la prostate et les glandes de Cowper.

- **Testicules (2) :**

Ce sont les glandes sexuelles de l'homme. Ils ont pour rôles de produire les spermatozoïdes (sécrétion externe) et l'hormone mâle appelée testostérone (sécrétion interne).

- **Épididymes (2) :**

L'épididyme recouvre la partie postérieure du testicule et correspond à la partie initiale des conduits permettant l'excrétion du sperme.

Il a pour rôles le stockage, la maturation et le transport des spermatozoïdes vers l'extérieur au cours de l'éjaculation.

- **Canaux déférents (2) :**

Ce sont des tuyaux longs et fins qui relient les testicules à la verge, ils conduisent les spermatozoïdes de chaque testicule jusqu'aux vésicules séminales.

- **Vésicules séminales :**

Ce sont deux glandes creuses ressemblant à des sacs mesurant 4 à 5 cm qui se trouvent sur le parcours des canaux déférents et les relient à la prostate elles servent de réservoir de sperme. Leur sécrétion gluante apporte des éléments énergiques aux spermatozoïdes facilitant ainsi leur ascension vers l'ovule.

- **Urètre (1) :**

C'est un canal qui relie la vessie au méat urinaire. Il permet l'évacuation des urines lors de la miction et aussi l'évacuation du sperme lors du rapport sexuel (fonction d'élimination et reproductive).

- **Prostate (1) :**

C'est une glande située derrière la vessie. Elle secrète un liquide qui protège les spermatozoïdes du milieu acide du vagin et de l'urètre. Sa sécrétion participe aussi à la formation du sperme.

- **Glandes de Cowper (2) :**

Ce sont deux glandes situées de chaque côté de l'urètre, elles sécrètent un liquide qui lubrifie l'urètre pendant le rapport sexuel.

N.B.:

De la puberté jusqu'à la mort, l'homme produit les spermatozoïdes au niveau des testicules et ceux-ci baignent dans le sperme. Lorsque le sperme s'accumule suffisamment, il s'élimine la nuit pendant le sommeil sous forme de pollution nocturne.

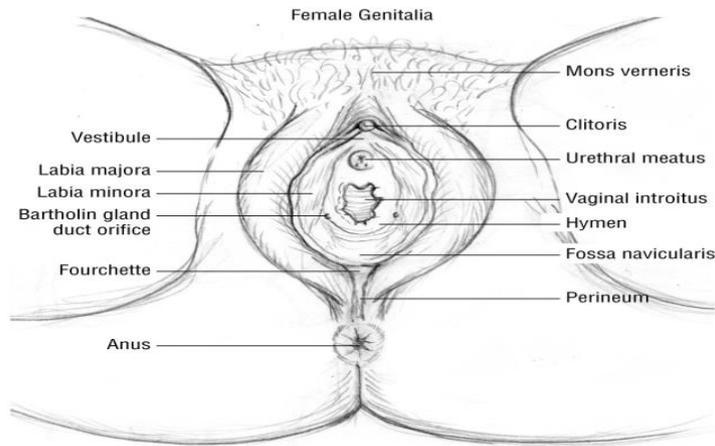
Au moment des rapports sexuels l'homme éjacule 3 à 5 ml de sperme contenant 25 à 120 millions des spermatozoïdes dont un seul féconde l'ovule. Un spermatozoïde normal est sous forme de têtard avec une tête et une queue ; il a une durée de vie de 2 à 3 jours en moyenne. Certains peuvent résister jusqu'à cinq jours.

1.2.2. LES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME.

Comme chez l'homme, la femme dispose également de deux types d'organes génitaux externes et internes.

1.2.2.1. Organes génitaux externes de la femme.

L'ensemble des organes génitaux externes s'appelle la vulve.

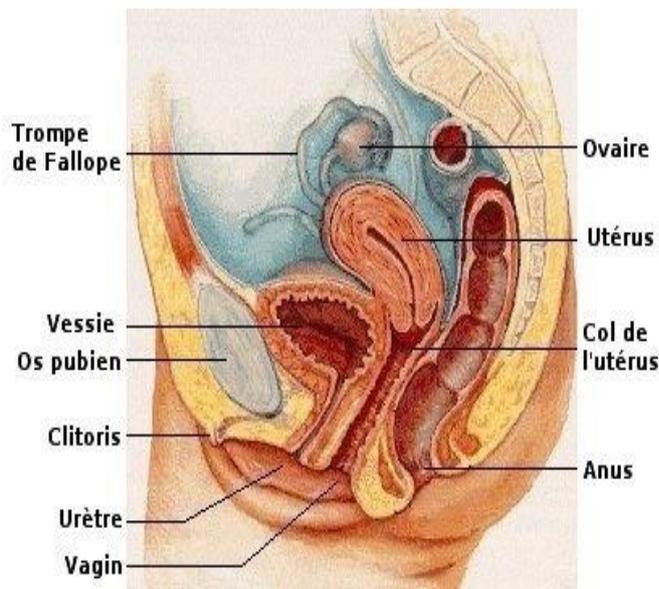
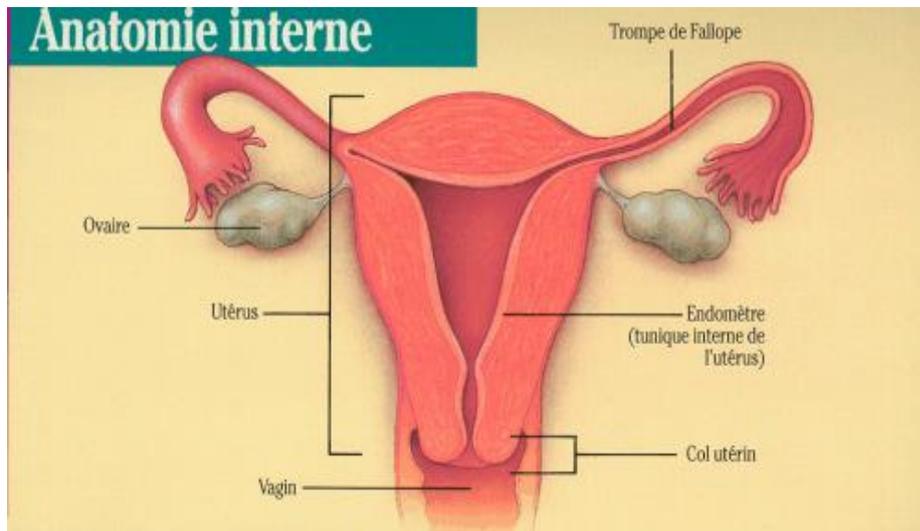


Les différentes parties de la vulve sont: le mont de venus, les grandes lèvres, les petites lèvres, les glandes de Bartholin, le clitoris, le méat urinaire et l'orifice vaginal.

- **Mont de venus (pubis) :**
C'est la partie de la vulve couverte des poils (pubis),
- **Grandes lèvres (2):**
Les grandes lèvres sont des replis cutanés qui commencent à la région pubienne et finissent au périnée. Elles sont formées par du tissu graisseux et quelques faisceaux musculaires. Ce sont des organes érogènes.
- **Petites lèvres (2) :**
Sont des replis cutanés situés en dedans des grandes lèvres et de part et d'autres de l'orifice vaginal et du méat urinaire. Elles se rejoignent en haut et couvrent un petit organe appelé clitoris. Ce sont des organes érogènes.
- **Glandes de Bartholin (2) :**
Ce sont des glandes situées à la face interne de la base de petite lèvre. Elles secrètent un liquide qui lubrifie le vagin au moment de rapport sexuel.
- **Clitoris (1) :**
C'est un petit corps cylindrique qui est logé entre les petites lèvres au-dessus de l'orifice urinaire. Très richement innervé. C'est un organe érogène.

1.2.2.2. Les organes génitaux internes de la femme.

Les organes génitaux internes de la femme comprennent : le vagin, l'utérus et les annexes : les trompes et les ovaires.



- **Vagin (1):**

C'est un conduit d'à peu près 8 à 10cm de longueur qui va de l'orifice vaginal au col de l'utérus.

Ses parois sont très élastiques et extensibles. C'est l'organe dans lequel pénètre le pénis lors des relations sexuelles (organe de copulation), sert de passage aux règles et lors de l'accouchement le passage du fœtus et de ses annexes.

C'est une zone très érogène,

- **Utérus ou la matrice (1):**

C'est un muscle creux, de forme ovale, de la grandeur d'un avocat renversé de la longueur de 6 à 8 cm, qui commence au font du vagin. Il comprend trois parties : le col, le corps et l'isthme (petit rétrécissement en bas de l'utérus). Il a pour rôles, s'il y'a fécondation, c'est dans la cavité utérine que va se développer le fœtus et ce sont les muscles de la paroi qui vont l'expulser pendant l'accouchement (organe de parturition). S'il n'y a pas fécondation, cette couche va s'éliminer chaque mois sous forme des règles.

- **Trompes de Fallope (2) :**

Ce sont des tubes longs de 8 à 13 cm situés entre l'utérus et les ovaires. Elles permettent la captation de l'ovule et le lieu de fécondation de l'ovule par le spermatozoïde.

- **Ovaires (2) :**

Ce sont deux petites glandes situées de chaque côté de l'utérus. Elles ont pour rôles la maturation, développement et libération de l'ovule au moment de l'ovulation. Outre ce rôle, ils sécrètent également des hormones féminines (progestérone et œstrogène).

N.B : Dans la vie de la femme, il y a différentes périodes : l'enfance, l'adolescence, l'âge mur et la ménopause. L'adolescence est marquée par différents changements, développement des capacités sexuelles et de la reproduction.

1.3. RAPPEL SUR LE CYCLE MENSTRUEL.

1.3.1. Définition et durée d'un cycle menstruel.

Le cycle menstruel par définition est la période qui comprise entre le premier jour des règles jusqu'au premier jour des règles (3-7 jours) suivantes. Les règles sont les pertes de sang en provenance de l'utérus qui s'écoulent par le vagin chaque mois.

Le cycle débute au premier jour des règles et s'achève au premier jour des règles suivantes. Il dure en moyenne 28 jours, mais avec de fortes variations selon les femmes et même d'un cycle à l'autre. Certaines ont des cycles courts de 22 jours, d'autres cycles longs pouvant aller jusqu'à 35, voire 40 jours.

La durée de la phase lutéale (seconde phase du cycle) est fixe : les règles surviennent normalement 14 jours après l'ovulation. C'est en revanche la date d'ovulation qui peut fluctuer, raccourcissant or rallongeant d'autant la phase folliculaire (première phase) et la durée totale du cycle.

De nombreux facteurs peuvent influencer la durée du cycle ainsi que sa qualité. Les hormones sexuelles peuvent stimuler ou au contraire inhiber la production de LH-RH. L'hypothalamus est aussi soumis à l'influence de l'environnement, du terrain psychologique, de l'alimentation, de l'état de santé général.

1.3.2. Phases d'un cycle menstruel.

Le cycle menstruel dispose de trois phases : pré-ovulaire, ovulaire et post ovulatoire.

- **La phase pré-ovulaire ou la phase folliculaire :**

Elle débute du premier jour des règles au jour de l'ovulation. Au cours de chaque cycle, un ovocyte, contenu dans un folliculaire, arrive à maturité. Sous l'influence de FSH, hormone produite par l'hypophyse, le follicule sélectionné se gonfle à la surface de l'ovaire. Parallèlement, et sous l'influence de FSH, les ovaires sécrètent les œstrogènes dont le taux, à son niveau le plus bas le premier jour des règles augmente au fur et à mesure du développement du follicule. Cette sécrétion d'œstrogènes entraîne différentes modifications : (i) la glaire cervicale se modifie afin d'assurer un environnement fertile aux spermatozoïdes. (ii) la muqueuse utérine s'épaissit en vue de l'implantation d'un éventuel ovule fécondé.

Ces hormones vont agir sur la paroi de l'utérus et permettre à la muqueuse de la cavité utérine de se développer en vue de recevoir un éventuel embryon.

Au 14^{ème} jour, le follicule se rompt et libère l'ovocyte parvenu à la maturité qui est devenu ovule. Ce dernier quitte l'ovaire pour être ensuite aspiré par la trompe la plus proche. Le follicule, quant à lui, se transforme en « corps jaune ».

- **Phase ovulaire ou ovulation**

Lorsque le taux d'œstrogènes indique que le follicule est mûr, le complexe hypothalamo-hypophysaire réagit en sécrétant massivement la LH. Sous l'effet de ce pic de LH, la tension du liquide contenu dans le follicule augmente ; sa paroi se rompt et libère l'ovocyte qui est alors aspiré par les franges du pavillon de la trompe de Fallope. Là, il peut survivre 12 à 24 heures maximums. S'il n'a pas été fécondé par un spermatozoïde, l'ovocyte dégénère.

- **Phase post-ovulatoire ou la phase lutéale :**

Cette phase débute avec l'ovulation au premier jour des règles suivantes.

Sous l'effet de la LH, les parois du follicule vide s'affaissent et des capillaires sanguins s'y développent. Il devient alors le « Corps jaune ».

Cette glande sécrète des œstrogènes et de la progestérone. Cette dernière, souvent appelée « hormone maternelle », renforce la muqueuse utérine afin de préparer l'implantation d'un éventuel ovocyte fécondé.

La muqueuse utérine forme alors une dentelle très vascularisée. Au 20^{ème} jour du cycle, l'utérus est prêt à recevoir un œuf. Deux cas de figure alors : (i) S'il n'y a pas eu fécondation, le corps jaune s'atrophie et dégénère, entraînant l'arrêt brutal de la sécrétion des œstrogènes et de la progestérone. Cette chute hormonale entraîne de petites contractions au niveau de la muqueuse utérine qui finit par se détacher et être éliminées par le vagin. (ii) S'il y a fécondation de l'ovocyte, celui-ci va se fixer dans la muqueuse utérine. C'est la nidation, étape cruciale qui a lieu environ une semaine après la fécondation.

Une fois implantée dans l'utérus, la couche externe cellulaire de l'ovocyte sécrète la gonadotrophine chorionique (HCG). Cette « hormone de la grossesse » va maintenir en activité le corps jaune qui va sécréter à son tour des œstrogènes et de la progestérone, essentielles à la poursuite de la grossesse. A trois mois de grossesse, le placenta prend ensuite le relai et le corps jaune régresse.

1.4. CHANGEMENTS IMPORTANTS SURVENANT PENDANT L'ADOLESCENCE.

Comme dit ci-haut, l'adolescence est une phase de vie entre l'enfance et l'âge adulte. C'est une période de vie pendant laquelle l'être humain subit diverses transformations sur le plan physique, psychologique et socio-culturel.

Les principaux changements que subit l'individu sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau N° 1. Changements survenant pendant l'adolescence.

CHANGEMENTS PHYSIQUES							
10–13 ans		14–16 ans		17–19 ans		20–24 ans	
Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Développement des muscles	Les seins grossissent et leurs bouts deviennent foncés	Développement des muscles	Les seins grossissent et leurs bouts deviennent foncés	Développement des muscles	Les seins grossissent et leurs bouts deviennent foncés	Fin de la maturation des organes sexuels	Fin de maturation des organes sexuels
Apparition des poils sur le pubis, sous les aisselles	Apparition des poils sur le pubis et sous les aisselles	Apparition des poils sur le pubis, sous les aisselles	Apparition des poils sur le pubis et sous les aisselles	Apparition des poils sur le pubis, sous les aisselles	Apparition des poils sur le pubis et sous les aisselles		
Elargissement des épaules	Elargissement du bassin.	Elargissement des épaules	Elargissement du bassin.	Elargissement des épaules	Elargissement du bassin.		
Apparition des premières éjaculations (pollutions nocturnes)	Apparition des premières règles	Apparition des premières éjaculations (pollutions nocturnes)	Apparition des premières règles	Apparition des premières pollutions nocturnes	Apparition des premières règles		
Développement des organes génitaux	Développement des organes génitaux	Développement des organes génitaux	Développement des organes génitaux	Développement des organes génitaux	Développement des organes génitaux		
Apparition des boutons (acnés) sur le visage	Apparition des boutons sur le visage.	Apparition des boutons (acnés) sur le visage.	Apparition des boutons sur le visage.	Apparition des boutons (acnés) sur le visage.	Apparition des boutons sur le visage.		

CHANGEMENTS PSYCHOLOGIQUES

10-13 ans	14-16 ans	17-19 ans	20-24 ans
Difficultés avec la pensée abstraite, cherche à prendre des décisions et a des changements d'humeur.	Commence à développer des pensées abstraites et répond aux conséquences des comportements.	Pensé abstraite bien établie, meilleure capacité à résoudre les problèmes et les conflits.	Peut résoudre des problèmes et des conflits et prendre des décisions rationnelles importantes.
Remet en question l'autorité (parents, profs), rejette l'enfance et souhaite plus de plus de vie privée.	S'éloigne des parents et se rapproche de ses pairs. Commence à développer son propre système de valeurs.	Commence à travailler ou à faire des études supérieures, entre dans l'âge adulte et se rapproche de la famille.	Complètement indépendant, peut avoir des personnes à charge (conjoint, enfants).
Amitiés très fortes avec les pairs du même sexe.	Liens très forts avec ses pairs et explore sa capacité à attirer des partenaires. Comportement influencé par les pairs	Moins influencé par les pairs pour prendre des décisions, se sent lié à des individus plus qu'à des pairs.	Distingue les besoins personnels de ceux des autres par des interactions saines.
Préoccupé par les changements physiques, critique sur sa propre apparence et impatient à propos de la puberté.	Moins intéressé par les changements du corps et soucieux d'avoir l'air séduisant.	Normalement à l'aise avec l'image de son corps et accepte son apparence.	Atteint la maturité sexuelle et physique.
Commence à sentir une attirance pour les autres, peut se masturber/expérimenter avec son sexe.	Intérêt accru pour le sexe, peut connaître des troubles de l'identité sexuelle, peut commencer à être sexuellement actif.	Commence à développer des relations intimes sérieuses qui remplacent les relations de groupe.	Prêt à s'engager dans une relation ou bien déjà en couple

CHANGEMENTS SOCIO-CULTURELS

Recherche d'indentification à un groupe	Recherche d'indentification à un groupe Lutte pour l'émancipation économique	Lutte pour l'émancipation économique Développement de l'identité sociale et sexuelle.	Développement de l'identité sociale et sexuelle.
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

QUELQUES CONSEILS A DONNER AUX ADOLESCENTS ET JEUNES.

1. Conseils à donner aux garçons :

Un prestataire des soins de santé devra conseiller un garçon de :

- Se laver au moins deux (2) fois par jour avec le savon, s'il n'est pas circoncis, il devra retirer le prépuce et laver soigneusement le gland avec du savon (car le prépuce mal propre est souvent source de plusieurs microbes).
- Changer le sous vêtement chaque jour pour éviter le risque de développement des microbes,
- Après avoir été aux selles, il faut toujours s'essuyer d'avant en arrière (de bourses vers l'anus), non l'inverse ; risque de ramener les matières fécales de l'anus vers l'appareil génital,
- Porter les sous-vêtements trop serrés car cela étouffe les testicules et perturbe la spermatogenèse,
- Ce prestataire devra également prévenir le garçon du caractère normal de la survenue des érections spontanées et du phénomène de pollution nocturne pendant la puberté. Par conséquent, il devra lui expliquer qu'il est déjà à mesure de rendre une fille mère s'il fait les rapports sexuels non protégés et qu'il peut aussi attraper les infections sexuellement transmissibles. D'où il a intérêt à s'abstenir ou d'utiliser le préservatif s'il ne peut pas se contenir.

2. Conseils à donner aux filles :

En temps normal :

- Une jeune fille doit se laver au moins 2 fois par jour avec le savon de toilette : commencer par une toilette normale. Au niveau de la région génitale : laver le pubis, l'intérieur de cuisse, les grandes lèvres, petites lèvres, le clitoris, et enfin l'anus.
- Après avoir été à selles, il faut toujours s'essuyer d'avant en arrière (du vagin vers l'anus) pour éviter de ramener les matières fécales de l'anus vers le vagin et l'urètre qui sont tous les voisins très proches.

Pendant les règles :

- La venue des premières règles (ménarche) ne doit pas être une surprise pour la jeune fille. Une fille est censée surveiller la date des prochaines règles en suivant le calendrier ou en observant les signes annonciateurs des règles.
- Elle doit acheter les serviettes hygiéniques et le porter la veille du jour présumé des règles. Si elle n'a pas assez de moyen pour s'acheter les serviettes appropriées, elle peut utiliser les linges propres et qu'elle devra préalablement bien repassés,
- Elle doit se laver au moins deux fois par jour (2 à 3 fois par jour) pour éviter de dégager des mauvaises odeurs et à l'occasion changer de serviette selon l'abondance de ses règles.
- Les serviettes hygiéniques modernes et les tampons usagés doivent être enveloppés dans du papier et mis dans les sachets avant d'être jetés dans une poubelle ou dans les latrines et jamais dans les toilettes modernes.

1.5. RAISONS D'INVESTIR DANS LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DES ADOLESCENTS.

Contrairement à ce que les gens pensent que les adolescents et jeunes n'ont pas de problèmes de santé en général et de santé sexuelle et reproductive en particulier, la plupart d'études réalisées sur le plan national et international montrent que ces adolescents et jeunes sont confrontés à tous ces problèmes de santé.

Il est très capital et indispensable que le gouvernement, les personnes qui ont la charge de cette catégorie d'âge puissent investir dans leur santé (santé des adolescents) pour les trois raisons suivantes :

- 1) Bénéfices sur la santé de chaque adolescent, en termes de santé actuelle et future, ainsi qu'en termes d'effets sur les différentes générations :
Investir dans la santé et le développement des adolescents permettra aussi de réduire la charge de morbidité et de mortalité après l'adolescence, car les comportements et les pratiques saines adoptées à l'adolescence perdurent généralement toute la vie. Les adolescents d'aujourd'hui sont les parents, les enseignants et les dirigeants de demain. Ce qu'ils apprennent aujourd'hui, ils l'enseigneront demain à leurs propres enfants et à d'autres enfants.
- 2) Avantages économiques :
Les adolescents mieux préparés et en bonne santé seront plus productifs lorsqu'ils entreront dans la vie active, Lorsque les adolescents présentent un développement anormal ou meurent prématurément, les investissements réalisés préalablement sont perdus, Investir dans la prévention et dans la promotion au cours de l'adolescence, permet aussi de réaliser des économies sur les dépenses de santé futures.
- 3) Droits de l'homme :
Le fait de promouvoir et de protéger la santé des adolescents ne doit pas seulement être perçu comme un investissement, mais aussi comme un droit humain fondamental, La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, ratifiée par presque tous les gouvernements du monde, déclare que les jeunes disposent d'un droit à la vie, au développement, au (article 24) « *meilleur état de santé possible et aux services médicaux et de rééducation* » (33), La Convention accorde aussi aux jeunes le droit aux soins de santé préventifs et à une protection spécifique pour les personnes vivant dans des conditions particulièrement difficiles ou avec des handicaps.

SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES.

En RDC, les résultats des études menées (EDS 2013-2014 et MICS 2010) ont démontré que bon nombre d'adolescents et jeunes adoptent des comportements sexuels à risque. Ils débutent précocement leur vie procréative (rapports sexuels précoces), souvent ils n'utilisent pas un préservatif lors des rapports sexuels et dans la plupart de temps ils ont des partenaires sexuels multiples. Tous ces comportements sexuels à risque les exposent aux multiples problèmes de santé sexuelle et reproductive.

Le présent chapitre abordera les points suivants :

1. Définition des concepts autour de la santé sexuelle et génésique,
2. Rapports sexuels chez les adolescents et jeunes,
3. Facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur le comportement sexuels des adolescents et jeunes,
4. Déterminants des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes,
5. Promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.

2.1. DEFINITION DES CONCEPTS AUTOUR DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTION (GENESIQUE).

Santé Sexuelle :

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. Le terme « santé sexuelle » désigne l'absence de maladies et de blessures associées à une activité sexuelle ainsi qu'un état d'épanouissement sexuel.

Sexualité :

C'est l'ensemble des conditions anatomiques, physiologiques et psychologiques qui caractérisent le sexe masculin et le sexe féminin.

Santé de la Reproduction (Génésique) :

Par santé de la reproduction (génésique), on entend le bien-être général tant physique que mental et social, de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non seulement l'absence des maladies ou d'infirmités.

2.2. RAPPORTS SEXUELS CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

Alors que leurs corps changent et se développent, de nombreux adolescents commencent à s'intéresser au sexe.

Les résultats de nombreuses études réalisées en RDC montrent que la plupart d'adolescents et jeunes débute très tôt leur vie sexuelle. Avant l'âge de 15 ans, au moins 22% des jeunes ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels¹.

Facteurs clés ayant une incidence sur l'âge des premiers rapports sexuels :

- Les raisons économiques (pauvreté des familles/parents qui n'arrivent pas à couvrir les besoins de leurs enfants, etc.),
- La curiosité et l'influence des pairs,
- Les mariages précoces qui perdurent dans certaines cultures,
- Les normes sociales changeantes et le contrôle de l'activité sexuelle
- La vulnérabilité des jeunes face aux rapports sexuels forcés et au viol,
- Les médias et nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) : (séries télévisées, la radio, l'internet, etc.) avec le partage entre eux des films ou photos pornographiques via whatsapp ou autres réseaux sociaux, etc.

Types des partenaires sexuels des adolescents et jeunes et lieux :

Dans la plupart de temps, ces adolescents et jeunes ont des rapports sexuels avec leurs copains/copines, les personnes plus âgées qu'eux, les professionnelles de sexe, les enseignants, etc. Ces rapports sexuels ont souvent lieu dans les hôtels/maisons de fortunes, les homes sur les cités universitaires, à domicile à l'absence des parents, les maisons inachevées, les lieux obscurs, dans les églises pendant les veillées des prières ou dans à l'occasion de certaines manifestations (fêtes d'anniversaire, kermesses, etc.)², mais également dans les Kuzu³.

NB :

Les adolescents et jeunes sont souvent plus vulnérables. Dans la plupart de temps, ils n'ont pas souvent le pouvoir de décider avec qui et quand il faut avoir leurs rapports sexuels et surtout sur l'usage d'un préservatif.

Très souvent les adolescents et jeunes ont des rapports sexuels avec les partenaires multiples (multiples partenaires sexuels) pour diverses raisons et dans la majorité de temps ces rapports sexuels sont non protégés (n'ont pas recourt à un préservatif lors de leurs rapports sexuels : 10%). Les raisons de la faible utilisation du préservatif par les adolescents et jeunes sont nombreuses, dont voici les principales : (i) les rumeurs sur le préservatif (cause des cancers, diminue le plaisir, se déchire souvent, etc.), (ii) le faible accès aux préservatifs, etc.

¹ EDS-RDC-2013-14

² Didier LUKEME, « Déterminants des Comportements sexuels à risque chez les adolescents et jeunes en milieu scolaire dans la ville de Kinshasa », 2016.

³ Par KUZU on attend toute payotte aménagée et bien couverte dans laquelle les personnes peuvent avoir des rapports sexuels sans être inquiétés et moyennant l'achat d'une bouteille de bière.

Conséquences des rapports sexuels non protégés :

Dans la majorité de temps, les adolescents et jeunes ont des rapports sexuels non planifiés et utilisent faiblement le préservatif. Cette attitude les expose à des multiples conséquences et qui constituent les vrais problèmes de SSR, dont voici les principales : les grossesses précoces et non désirées avec toutes ses conséquences (avortements provoqués, maternité précoces, le décès, etc.), les infections sexuellement transmissibles et l'infection à VIH.

2.3. FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION AYANT UNE INCIDENCE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL DES ADOLESCENTS

Un ensemble des facteurs influence certains aspects du comportement sexuel des adolescents (tels que la première expérience sexuelle, le type et le nombre de partenaires sexuels, et l'utilisation d'une forme de contraception). Ces facteurs comprennent les caractéristiques des adolescents eux-mêmes, celles de leur famille, amis et communauté, ainsi que les rapports que les adolescents entretiennent avec ces différents groupes.

Si certains de ces facteurs protègent le comportement sexuel des adolescents, d'autres constituent un risque.

Facteurs de risque ou de protection pour les adolescents	Légende
Relation positive avec les parents	+
Relation positive avec les enseignants	+
Amis sexuellement actifs	-
Adoption d'autres comportements à risque	-
Vie spirituelle	+

Légende :
+ *Facteurs de protection*
- *Facteurs de risque*

Le tableau ci-dessus présente les résultats d'études menées dans le monde entier sur les facteurs à l'origine des rapports sexuels précoces chez les adolescents. Ces données suggèrent que les facteurs de protection et de risque peuvent justifier des différences dans le comportement des adolescents que les caractéristiques telles que l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique et le statut socio-économique ne suffisent pas à expliquer.

Le tableau nous permet de tirer les conclusions suivantes :

- **Famille** : les adolescents ayant une relation positive avec leurs parents ont généralement des rapports sexuels moins précoces.
- **Scolarité** : les adolescents ayant une relation positive avec leurs professeurs ont généralement des rapports sexuels moins précoces.
- **Amitié** : les adolescents qui pensent que leurs amis sont sexuellement actifs ont généralement des rapports sexuels plus précoces.
- **Croyances** : les adolescents avec une vie spirituelle ont généralement des rapports sexuels moins précoces.

- Les **comportements** à risque sont liés : les adolescents qui adoptent d'autres comportements à risque, tels que la consommation d'alcool et de drogues, ont généralement des rapports sexuels plus précoces.

De toute évidence, l'expérience d'un individu en matière de relations sexuelles dépend de facteurs biologiques (tels que l'âge de la puberté), de normes culturelles (telles que l'âge du mariage) et de facteurs sociaux (tels que le rapport de force entre l'homme et la femme).

Les jeunes hommes pensent souvent que la première expérience sexuelle leur permet d'affirmer leur identité d'homme et leur confère un statut au sein du groupe des pairs masculins. Pour de nombreux adolescents du monde entier, l'expérience sexuelle est perçue comme un rite de passage vers l'âge adulte et un accomplissement ou un exploit.

Dans certaines sociétés, les " conquêtes " sexuelles sont souvent vantées auprès du groupe des pairs masculins, contrairement aux doutes et au manque d'expérience, qui sont généralement passés sous silence. En revanche, le rôle attribué aux filles et aux femmes dans les relations sexuelles est souvent passif. Elles ne sont pas encouragées, ou aidées, à prendre des décisions concernant le choix de leurs partenaires sexuels, à discuter avec les partenaires de la fréquence et de la nature de l'activité sexuelle, à se prémunir contre les grossesses non désirées et les maladies, et enfin, à affirmer leur propre désir sexuel.

2.4. DETERMINANTS DES PROBLEMES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JENES.

Les problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes sont consécutifs aux différents déterminants qui sont de trois ordres, il s'agit des déterminants biologiques (liés au jeune lui-même), déterminants directs et éloignés.

2.4.1. Déterminants biologiques :

- L'âge : les adolescentes n'ont pas le pouvoir, la confiance en elles, ni la capacité, pour refuser des rapports sexuels non désirés ou pour négocier l'utilisation de préservatifs ;
- Le niveau d'instruction de l'adolescent et connaissance en sexualité: les adolescents et jeunes ayant un faible niveau d'instruction et ne disposent pas souvent des connaissances sur la leur santé sexuelle sont dans la plupart de temps exposés aux problèmes de SSRAJ.
- La curiosité : l'une des principales caractéristiques de l'adolescence, c'est la curiosité, pendant cette période de vie l'adolescent s'il n'est pas bien accompagné peut courir des grands risque en rapport avec la SSR. Exemple : 'expérimentation des rapports sexuels non protégés et avec multiples partenaires, etc.
- La consommation des substances psychoactives (toxicomanie) : les adolescents et jeunes qui consomment des substances psychoactives (l'alcool et des drogues), adoptent souvent comportements sexuels à risque (rapports sexuels précoces, non-utilisation du préservatif pendant leurs rapports et ont des multiples partenaires sexuels) et sont exposés aux différents problèmes de santé sexuelle et reproductive.

2.4.2. Déterminants directs :

- L'insuffisance d'encadrement d'adolescent :
Plusieurs adolescents et jeunes ne sont souvent pas accompagnés par les adultes, ils sont fréquemment abandonnés à leur propre sort (eux-mêmes), par le fait même ils sont exposés aux différents problèmes de santé sexuelle et reproductive.
- L'influence des pairs (amis et collègues) :
Généralement les adolescents et jeunes sont influencés par leurs pairs et dans plus souvent dans le bon sens. Cette influence les conduit souvent à adopter les comportements à risque (consommation des substances psychoactives, les rapports sexuels précoces et non protégés et souvent avec plusieurs partenaires sexuels, etc.) qui les exposent aux différents problèmes de SSR.
- La pauvreté (situation socio-économique précaire):
La situation socio-économique précaire que traversent bon nombre de familles en RDC, ne leur permet pas de couvrir tous les besoins de leurs enfants, ces derniers se donnent souvent à la prostitution pour couvrir leurs besoins. Les difficultés économiques peuvent contraindre les filles comme les garçons à partir de chez eux pour tenter de gagner leur vie grâce à une économie parallèle parfois précaire, renforçant ainsi leur vulnérabilité face aux prédateurs sexuels.
- La promiscuité :
Souvent les adolescents se retrouvent dans une situation où plusieurs personnes sont contraintes de vivre ensemble dans un espace restreint avec toutes les conséquences qui peuvent y arriver.
- Les inégalités des sexes :
Les adolescentes sont plus vulnérables que les adolescents.

2.4.3. Déterminants éloignés :

- Les us et coutumes : Les us et coutumes en vigueur dans certains coins du pays exposent les adolescents et jeunes aux problèmes de de SSR. Par exemple, les coutumes qui autorisent le mariage précoce, qui tolèrent la violence comme mode de résolution des problèmes, ou qui tolèrent les différentes formes des violences sexuelles, etc.
- L'absence de dialogue parents-enfants sur la sexualité : les résultats des études ont montré que les enfants qui discutent souvent de la sexualité avec leurs parents sont moins exposés aux problèmes de santé sexuelle et reproductive par rapport à ceux qui ne discutent pas. Ceux derniers à défaut de trouver les vraies informations à l'école ou lors de sensibilisation, se contentent des informateurs reçues de leurs pairs qui sont dans la majorité de cas faux ou des rumeurs. Le dialogue entre parents et enfants sur la sexualité est d'une importance capitale.

- L'insuffisance des structures de prise en charge : Cette insuffisance des structures est l'un des facteurs favorisant les problèmes de SSR. En effet, un nombre important d'adolescents et jeunes qui ont des besoins non satisfaits en matière de SSR et de la contraception, n'ont pas accès par insuffisance des structures qui sont censées couvrir ces différents besoins, par conséquent ils sont exposés aux multiples problèmes de SSR.

2.5. PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES.

La RDC a opté pour l'application d'un ensemble de mesures adaptées aux besoins et aux problèmes des adolescents et des jeunes. Elle prévoit notamment la fourniture d'informations et de compétences, de services de santé et de conseil, ainsi que la création d'un environnement sûr et favorable. La promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents suppose la mise en œuvre du même éventail de mesures:

- Les informations permettent aux adolescents de comprendre comment leur corps fonctionne et quelles peuvent être les conséquences de leurs actes. Elles chassent les idées reçues et corrigent les inexactitudes.
- Les adolescents ont besoin de compétences sociales qui leur permettront de refuser avec détermination un rapport sexuel non désiré et d'imposer l'utilisation du préservatif s'ils le souhaitent. Lorsqu'ils sont sexuellement actifs, ils nécessitent également des compétences physiques, comme le fait de savoir utiliser des préservatifs.
- Les conseils peuvent permettre aux adolescents de faire des choix avisés, ce qui renforce leur confiance en eux et leur donne l'impression de mieux maîtriser leur vie.
- Grâce aux services de santé, les adolescents en bonne santé peuvent le rester et ceux qui sont malades peuvent recouvrer la santé.
- Les adolescents, qui subissent des changements physiques, psychologiques et sociaux, ont besoin d'un environnement sûr et favorable au sein de leur famille et de leur communauté afin que cette évolution se déroule dans la sécurité et la confiance et que le jeune ait les meilleures chances de devenir un adulte sain et productif.

SERVICES DE SANTE ADAPTES AUX BESOINS DES ADOLESCENTS ET JEUNES.

Le chapitre sur les services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes (SSAAJ) décrit les qualités d'un service adapté aux adolescents et jeunes. Il explique comment apporter une réponse à certaines insuffisances en rapport avec les problèmes liés à la prestation des services de santé adaptés aux besoins des adolescents.

Il aborde les points suivants :

1. La définition d'un service de santé adapté aux adolescents et jeunes ;
2. Les rôles que doivent jouer les services de santé dans la promotion de la santé des adolescents et jeunes ;
3. Les caractéristiques d'un service de santé adapté aux besoins des adolescents et jeunes ;
4. Les obstacles à l'utilisation de services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes ;
5. Les Points de prestation de service.

3.1. DEFINITION D'UN SERVICE DE SANTE ADAPTE AUX ADOLESCENTS ET JEUNES

On entend par « service de santé adapté aux adolescents et jeunes », tout service qui répond aux besoins et aux attentes des adolescents et jeunes de façon appropriée et efficace et qui respecte leurs droits.

Les adolescents et jeunes interrogés dans les nombreuses études, ont fait part de leurs attentes en matière de services de santé. Ils veulent :

- Une structure accueillante où ils peuvent aller à tout moment et être pris en charge rapidement,
- Un service disponible dans un lieu accessible et à des horaires pratiques, qui soit gratuit ou du moins abordable ; et fournit des informations ainsi que les soins médicaux aux jeunes ;
- Un personnel qui les traite avec respect, sans les juger dans le respect de l'anonymat et évite la stigmatisation ;
- Une gamme complète de services qui leur éviteraient de revenir ou d'être orientés vers un autre établissement.

3.2. ROLES QUE DOIVENT JOUER LES SERVICES DE SANTE DANS LA PROMOTION DE LA SANTE DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Les services de santé ont pour principal rôle d'aider les adolescents et jeunes à rester en bonne santé et, à effectuer leur passage à l'âge adulte; ils doivent aussi apporter leur soutien aux jeunes qui cherchent à être en bonne santé, en traitant ceux qui sont malades, blessés ou préoccupés et en intervenant auprès de ceux qui sont à risque.

Pour promouvoir un développement favorable à la santé des adolescents l'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF ont prévu un cadre qui prévoit une série d'interventions à mettre en œuvre pour répondre aux besoins des adolescents, il s'agit de: fournir les informations; créer un

environnement sûr et favorable pour la prise en charge de leurs problèmes ; renforcer les compétences et offrir les services de santé et des conseils.

En ce qui concerne la RDC, il a opté pour l'approche d'intégration du paquet des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans le système de santé, plus précisément dans la communauté (aire de santé), dans les formations sanitaires (centre de santé, hôpital général de référence, etc.). Ce paquet des services adaptés aux besoins des adolescents et jeunes comprend :

- Les activités IEC/CCC sur la santé sexuelle et reproductive : la planification familiale, les droits en matière de SSRAJ, la prévention des grossesses non désirées, des IST et VIH/SIDA, le conseil-dépistage du VIH, la distribution des contraceptifs oraux et des préservatifs, la prévention des violences sexuelles et basées sur le genre en milieu des adolescents et jeunes. Ces informations sont offertes au sein d'espaces d'informations pour jeunes aménagés dans les centres de santé et HGR.
- Le suivi et accompagnement des PVV (Soins à domicile, PEC psychosociale) et des filles mères (allaitement maternel, IEC Nutrition)
- La promotion de l'hygiène et l'assainissement du milieu ;
- La consultation prénatale, l'accouchement, la consultation post-natale ;
- La prise en charge des IST et VIH/SIDA ;
- La prise en charge médicale et psychosociale des survivants des violences sexuelles et celles basées sur le genre,
- La prise en charge médicale et psychologique des complications des avortements provoqués,
- La prise en charge des accouchements difficiles des adolescents et jeunes.

3.3. CARACTERISTIQUES D'UN SERVICE DE SANTE ADAPTE AUX BESOINS DES ADOLESCENTS ET JEUNES.

Les services de santé sont dits adaptés aux adolescents et jeunes, quand ils sont accessibles, acceptables, adaptés, complets, efficaces et performants.

Les services de santé nécessitent :

1. Des mesures adaptées aux adolescents et jeunes qui :

- Respectent les droits des adolescents,
- Tiennent compte des besoins spécifiques des différents groupes de population, y compris ceux qui sont vulnérables et défavorisés;
- Ne limitent pas la prestation des services de santé en raison du genre, handicap, l'origine ethnique, religion ou l'âge;
- Respectent l'anonymat, la confidentialité et encouragent les adolescents à accepter leur propre traitement;
- Garantissent des services gratuits ou abordables pour les adolescents.

2. Des procédures adaptées aux adolescents et jeunes visant à :
 - Garantir la simplicité et la confidentialité lors de l'inscription des adolescents et jeunes ainsi que du retrait et du stockage des dossiers;
 - Limiter la durée de l'attente et accélérer le processus d'orientation des patients vers un autre établissement;
 - Obtenir une consultation avec ou sans rendez-vous.

3. Prestataires de soins de santé spécialisés qui
 - Soient techniquement compétents en SSAAJ et offrent les soins promotionnels, préventifs, curatifs et réhabilitation.
 - Possèdent des qualités d'échange et de communication;
 - Soient motivés et soutenus;
 - Ne portent pas de jugement, soient attentifs, fiables et dignes de confiance et accordent suffisamment de temps aux ados et jeunes;
 - Agissent dans l'intérêt de leurs ados et jeunes;
 - Traitent tous les clients avec autant de soin et de respect.

4. Un personnel d'appui formé qui soit
 - Compréhensif et prévenant et qui traite chaque adolescent avec autant de soin et de respect;
 - Accueillant,
 - Compétent, motivé et bien soutenu.

5. Des structures médicales adaptées aux adolescents qui
 - Offrent un environnement sécurisant dans un lieu accessible ainsi qu'une ambiance agréable;
 - Proposent des horaires d'ouverture pratiques;
 - Garantissent le respect de l'anonymat et évitent la stigmatisation;
 - Fournissent des informations et des documents pédagogiques.

3.4. LES OBSTACLES A L'UTILISATION DE SERVICES DE SANTE ADAPTES AUX BESOINS DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Plusieurs enquêtes menées ont démontré que les adolescents et jeunes utilisent faiblement, si pas du tout les services de santé qui leurs sont destinés, pour des raisons diverses dont voici les principales :

3.4.1. Obstacles liés à l'adolescent:

- Honte se faire examiner par un prestataire de sexe opposé,
- Ignorance de l'existence des services et des conséquences des problèmes de santé sexuelle et reproductive (SSR).

3.4.2. Obstacles liés aux prestataires de soins et les attitudes négatives du personnel non soignant :

- Prestataires peu accueillants, inattentifs ou portent un jugement, n'incitent pas les jeunes à dévoiler leurs problèmes,
- Absence de confidentialité et convivialité (Manque de respect, absence de courtoisie).

3.4.3. Obstacles physiques et institutionnels:

- Services de santé très éloignés du lieu où le jeune vit,
- Horaires d'ouverture parfois peu pratiques pour les jeunes qui étudient ou travaillent,
- Services peu accueillants (longues heures d'attentes, procédures administratives longues,
- Coûts très élevés des services (Jeunes n'ont généralement pas les moyens de payer des services de santé et doivent demander à un adulte de les aider).

3.4.4. Obstacles socio- culturels

- Dans de nombreux pays, une culture de la honte dissuade les adultes et les enfants de parler de leur corps ou de leur activité sexuelle, ce qui peut dissuader les parents d'aborder des sujets délicats avec leurs enfants et rendre les jeunes peu enclins à utiliser des services de santé sexuelle ou de la reproduction.
- Certains obstacles sont particulièrement liés au genre. Les adolescents sont peu susceptibles à se faire examiner par un prestataire de soins de santé de sexe opposé. Ces appréhensions constituent parfois un frein culturel très puissant à l'utilisation des services de santé par les filles.

3.5. POINTS DE PRESTATION DE SERVICE AUX ADOLESCENTS.

On entend par point de prestation de service toute structure ou endroit où l'on offre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes suivant leurs besoins et problèmes spécifiques en matière de santé.

Les services de santé peuvent être organisés dans tous les endroits de fréquentation des adolescents et jeunes; il ne doit pas y avoir de lieu unique. Les services de santé adaptés aux adolescents peuvent être délivrés dans les centres de santé, dans les écoles ou dans d'autres structures communautaires. Il est possible de les organiser par stratégie mobile afin de les rapprocher des bénéficiaires y compris par les réseaux sociaux.

GROSSESSES PRECOCES, NON DESIREES ET CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTES.

Ce chapitre porte sur les grossesses non désirées et les méthodes de contraception auprès des adolescentes. Il aborde les points ci-après:

1. La définition et l'ampleur des grossesses précoces et non désirées,
2. Les facteurs ayant une incidence sur la grossesse et l'accouchement des adolescentes,
3. Les Risques associés à la grossesse et à l'accouchement chez les adolescentes,
4. La Prévention des grossesses précoces
5. La Prise en charge de la grossesse et l'accouchement chez les adolescentes,
6. La Contraception chez les adolescentes et jeunes
7. L'éligibilité médicale aux méthodes contraceptives.

4.1. DEFINITION ET AMPLEUR DES GROSSESSES PRECOCES ET NON DESIREES.

Par définition une grossesse est dite « **Précoce** » quand elle est contractée pendant l'adolescence, avant la maturité des organes sexuels de la fille (avant 20 ans).

Une grossesse est dite « **non désirée** » **quand elle** survient de façon inattendue, non souhaitée par l'un ou les deux partenaires, pour plusieurs raisons.

Ampleur des grossesses précoces en RDC.

En RDC, le niveau de fécondité est élevé chez les adolescentes : 138 pour mille femmes de 15-19 ans (EDS 2013- 2014). La proportion d'adolescentes qui accouchent reste très élevée (MICS 2010).

Les données disponibles montrent que le risque de décès avant cinq ans est supérieur de 28 % chez les enfants nés de mères adolescentes par rapport à ceux nés de femmes âgées de 20 à 29 ans. Le recours plus fréquent à l'avortement provoqué constitue un facteur important de morbidité et de mortalité maternelle chez les adolescentes. Dans les pays disposant de statistiques fiables, 40 à 60 % des grossesses chez les adolescentes se soldent par un avortement provoqué.

Les femmes les plus jeunes (15-19 ans) ont une faible prévalence contraceptive qui s'établit à 12% et les besoins non satisfaits en planification familiale sont de 30,8% (EDS 2013-2014).

4.2. FACTEURS FAVORISANTS/CAUSES.

Les facteurs suivants (sociaux, culturels, biologiques ceux liés à la prestation de services), favorisent les taux élevés de grossesse et d'accouchement chez les adolescentes :

1. Rapports sexuels forcés :

Les adolescentes sont parfois contraintes à avoir des rapports sexuels, généralement avec des adultes et avec des pairs appartenant à leur cercle social. Ces agressions peuvent entraîner des grossesses. Les filles, victimes d'abus sexuels et de viol,

peuvent souffrir de graves conséquences physiques et psychologiques pendant toute leur vie.

2. Niveaux d'éducation :

Ce facteur influe fortement sur la grossesse des adolescentes. En effet, dans de nombreux pays, les femmes, n'ayant pas bénéficié d'une éducation, ont des enfants avant l'âge de 20 ans, ce qui est moins le cas chez les femmes qui ont suivi ne serait-ce qu'un enseignement secondaire.

3. Ignorance de l'existence des moyens de contraception.

Les jeunes filles, qui ignorent l'existence des moyens de contraception, qui n'ont pas accès aux services de contraception et qui ne parviennent pas à imposer l'utilisation aux partenaires ou de les utiliser soi-même, peuvent facilement tomber enceintes.

4. Facteurs socio-économiques.

Les difficultés économiques peuvent obliger les jeunes filles à quitter leur foyer et à travailler ailleurs. L'exploitation sexuelle et la prostitution en sont parfois les conséquences. On note aussi comme autres facteurs favorisant: (i) Le manque d'encadrement des adolescents, (ii) L'insuffisance de l'éducation sexuelle et la mauvaise communication au niveau familial ; (iii) La pauvreté, (v) Le mariage précoces, (vi) La séparation des parents etc.

5. Autres comportements à risque.

La consommation d'alcool et autres substances psychoactives a un lien très significatif avec la SSR et est souvent associée à une activité sexuelle non protégée, ce qui entraîne des grossesses non désirées.

6. Manque de connaissances.

Malgré des campagnes d'information et de sensibilisation en matière de santé sexuelle et de la reproduction ont lieu à de nombreux endroits, ce qui permet de renforcer les connaissances et la compréhension en la matière, dans plusieurs milieux, les adolescentes manquent encore de connaissances et ont toujours des idées fausses sur la sexualité et la santé de la reproduction.

7. Accès insuffisant aux services :

Dans de nombreux pays, une série d'obstacles entrave l'accès des adolescentes aux services de contraception dont elles auraient besoin". Par ailleurs, l'interruption de grossesse est illégale dans beaucoup de régions du monde et lorsqu'elle est légale, les adolescentes y ont rarement accès. Les cas de grossesses des adolescentes sont généralement plus fréquents dans les régions où la prévalence de la contraception est la moins élevée. Qui plus est, dans de nombreux pays en développement, les progrès récents en matière de prévalence de la contraception concernent presque exclusivement les femmes plus âgées et mariées, et non les adolescentes.

4.3. RISQUES ET CONSEQUENCES LIES A LA GROSSESSE ET A L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES.

Les risques associés à la grossesse et à l'accouchement chez les adolescentes sont de plusieurs ordres : sanitaire, économique, social et psychologique.

4.3.1. *Risques sur le plan sanitaire :*

Risques pour la mère:

Les complications liées à la grossesse plus fréquemment observées chez les adolescentes que chez les adultes les cas plus sévères de paludisme, naissance prématurée, dystocie mécanique, anémie du post-partum, pré-éclampsie, dépression du post-partum, faible poids à la naissance, mortalité périnatale et néonatale ainsi que la prise en charge de l'enfant et pratiques d'allaitement maternel inadéquates.

1. **Risques en période prénatale.**

- **Hypertension gestationnelle** : une hypertension induite par la grossesse
- **Anémie** : l'anémie en période de grossesse est souvent due à des carences nutritionnelles, notamment en fer et en acide folique ainsi qu'au paludisme et aux **parasites intestinaux**. **Les carences en vitamine A et l'infection à VIH peuvent aussi entrer** en ligne de compte.
- **Infections sexuellement transmissibles** : Les adolescentes sexuellement actives, qui sont vulnérables sur les plans biologique et social, présentent un risque accru de contracter des IST, y compris l'infection à VIH. On constate également un risque accru de transmission mère-enfant du VIH chez les adolescentes car l'infection est généralement récente et par conséquent associée à des charges virales plus élevées. La présence d'autres IST (syphilis, gonorrhée, chlamydiae), associées à une inflammation locale, peut accroître la diffusion du virus, augmentant ainsi le risque de transmission pendant l'accouchement.
- **Paludisme grave** : Le paludisme est l'une des principales causes d'anémie en période de grossesse. Le fœtus encourt également un risque de mort intra-utérine ou de faible poids de naissance.

2. **Risques pendant l'accouchement.**

- **Naissance prématurée (avant terme)** : Ce constat peut s'expliquer par l'immaturité des organes génitaux des adolescentes. Cependant, des facteurs sociaux tels que la pauvreté, des facteurs comportementaux tels qu'une consommation excessive de substances psychotropes et une prise en charge prénatale insuffisante, ont également une influence négative sur l'issue de la grossesse.
- **Accouchement par césarienne** :
 - La disproportion foeto-pelvienne est plus fréquente chez les jeunes filles de moins de 15 ans que chez les adolescentes plus âgées et les femmes adultes. Cette différence s'explique par l'immaturité des os iliaques et par la petite taille de la filière pelvienne et génitale.

- **Pré-éclampsie** : hypertension, œdèmes et albuminurie
- **Eclampsie** : hypertension, œdèmes, albuminurie et convulsion

3. **Risques en période post-partum.**

- **Anémie** : les adolescentes, qui ont souffert d'anémie pendant la grossesse, courent encore le même risque de l'être en post-partum. L'affection est parfois aggravée par l'hémorragie durant l'accouchement et expose à une infection puerpérale.
- **Dépression du post-partum** : les adolescentes sont davantage exposées à la dépression du post-partum ou à d'autres troubles de santé mentale.
- **Grossesses prématurées à répétition** : des rapports sexuels non protégés et des grossesses répétées ont été constatés dans une période de 24 mois suivant l'accouchement chez 50 % d'adolescentes qui ont déjà accouché.

Risques pour le bébé:

Faible poids à la naissance (poids <2 500 g), mortalité périnatale et néonatale accrue, causée par une prématurité ou encore une infection, prise en charge de l'enfant et pratiques d'allaitement maternel inadéquates.

4.3.2. *Conséquences sur le plan socioéconomique :*

Sur le plan économique et social, on peut observer ce qui suit : stigmatisation de la fille par sa famille biologique et la société, l'insuffisance des moyens financiers rupture scolaire, la perte de l'estime de soi, l'infanticide, l'abandon de l'enfant par sa mère, rejet de la fille par sa famille biologique (exclusion du toit familial) et la société (deshonneur de la famille), l'augmentation des charges familiales, l'interruption des études, perte de considération sociale, etc.

En quoi ces risques diffèrent de ceux observés chez les adultes ?

Les complications décrites ci-dessus ne sont en aucun cas limitées aux adolescentes. Plusieurs raisons expliquent néanmoins pourquoi les complications sont plus graves chez les adolescentes.

C'est parce que :

1. Les adolescentes n'ont pas la maturité biologique suffisante pour supporter l'effort imposé par une grossesse.
2. Par rapport aux femmes plus âgées, les adolescentes sont moins habilitées à prendre des décisions sur des sujets liés à leur santé (ainsi que sur d'autres sujets).
3. En général, les adolescentes se rendent plus tardivement et moins souvent dans des établissements de santé pour recevoir des soins prénatals.
4. Beaucoup d'adolescentes accouchent encore à domicile. Elles ne se rendent pas ou ne sont pas transportées à la structure de soins qu'en dernier recours, souvent avec de graves complications.

4.4. PREVENTION DES GROSSESSES PRECOCES.

Compte tenu des risques décrits ci-haut, il est important de prévenir les grossesses chez les adolescentes les mesures de prévention sont :

La sensibilisation et l'éducation sont les meilleurs moyens de prévenir les adolescents et jeunes sur le risque médical, émotionnel et socio-économique d'une grossesse précoce, notamment :

- Éduquer les adolescents dans le domaine de la physiologie et notamment sur les changements survenant à la puberté comme sur les mécanismes de la conception.
- Expliquer aux jeunes qu'une bonne santé génésique se gère sur une vie entière.
- Apprendre aux jeunes à différer toute relation sexuelle tant qu'ils ne se sentent pas capable d'assumer les responsabilités qui y sont liées (de devenir père ou mère),
- Expliquer aux adolescents et jeunes que l'abstinence sexuelle est le moyen le plus sûr de se protéger contre une grossesse précoce, dans le cas contraire les adolescents sexuellement actifs devront recourir à un moyen de contraception sans danger, fiables et peu coûteux.
- Expliquer aux adolescents et jeunes que si une adolescente est victime d'une grossesse, ne jamais avorter car c'est un crime et un péché, c'est également punissable par la loi congolaise.

4.5. PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES,

Le prestataire de soins a un rôle crucial dans la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Il s'agit entre autres de poser un diagnostic précoce de la grossesse et administrer des soins de qualité pendant la grossesse, pendant l'accouchement et durant le suivi du post-partum.

1) Diagnostic précoce de la grossesse chez une adolescente.

Le diagnostic précoce de la grossesse permet d'orienter les adolescentes vers des soins prénatals. Connaître les signes révélateurs de grossesse précoce (tels que les nausées) va permettre d'établir un diagnostic précoce de la grossesse.

2) Soins prénatals à une adolescente.

Les consultations prénatales comprennent 14 interventions opérationnelles, à savoir :

1. Education sanitaire et nutritionnelle ;
2. Dépistage et conseil initié par le prestataire(DCIP) ;
3. Prophylaxie et traitement aux antirétroviraux (ARV) et prophylaxie au cotrimoxazole pour les femmes enceintes vivant avec le VIH ;
4. Administration du vaccin antitétanique (VAT) ;
5. Traitement présomptif intermittent (TPI) du paludisme ;
6. Promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA)
7. Supplémentation en micronutriment : fer-folate dès la 1^è visite CPN jusqu'à 3 mois après accouchement ;
8. Traitement présomptif de l'ankylostomiase (parasitoses) au Mébendazole.

9. Dépistage et traitement de la syphilis ;
10. Diagnostic et traitement des Infections sexuellement transmissibles (IST) ;
11. Dépistage et traitement des maladies liées à la grossesse ;
12. Dépistage des maladies qui influent sur l'évolution de la grossesse ;
13. Détection des signes de danger ;
14. Référence à temps des cas des grossesses avec complications.

Un contact régulier avec le système de soins de santé accroît les chances de déceler et de traiter à temps des problèmes qui affectent couramment les adolescentes enceintes (au moins 4 CPN pour recevoir les soins indiqués :

CPN 1.	Au 1 ^{ère} trimestre : Avant la 12 ^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) jusqu'au plus tard à la 14 ^{ème} SA, ou dès que la femme pense qu'elle est enceinte.
CPN 2.	Au 2 ^{ème} trimestre : entre la 24 ^{ème} et la 28 ^{ème} SA
CPN 3.	Au 3 ^{ème} trimestre : à la 32 ^{ème} SA
CPN 4.	Au 3 ^{ème} trimestre : à la 36 ^{ème} SA.

Conseils pendant la grossesse.

Comme indiqué ci-dessus, les prestataires de soins de santé devraient chercher à comprendre la situation dans laquelle se trouvent leurs patientes adolescentes et leur fournir les informations et les conseils dont elles ont besoin. En outre, les adolescentes enceintes ont parfois des questions et des préoccupations qui leur sont propres. Elles doivent avoir l'occasion de les soulever et d'en parler.

NB : Les conseils doivent aussi intégrer les problèmes de santé propres à la personne (alimentation, IST, consommation de tabac, consommation d'alcool...).

3) Prise en charge de l'accouchement d'une adolescente

- Lorsque la grossesse d'une adolescente se déroule sans incidents, que les complications, sont traitées correctement, que l'accouchement a lieu à terme et que le fœtus se présente par la tête, l'accouchement ne présente pas de risques particuliers. En revanche, si par exemple, l'adolescente est atteinte d'anémie sévère, une hémorragie du post-partum peut s'avérer dangereuse.
- Il faut arriver à convaincre l'adolescente d'accoucher à la maternité.
- Les recommandations de l'OMS notamment relatives à l'utilisation du partogramme, à la gestion active de la troisième phase de l'accouchement et à l'administration de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base ou complets lors d'un accouchement sont intégrées dans les standards nationaux et dans les formations de base et continue des prestataires de soins. En plus de l'observation et du suivi, le fait d'apporter un soutien à l'adolescente et à son partenaire (ou son compagnon) est aussi très important.

4) Suivi durant le post-partum

Le postpartum est la période qui débute juste après l'accouchement jusqu'au 42^e jour. Il présente des risques de santé importants aussi bien pour la mère que le nouveau-né. Malheureusement, il reçoit moins d'attention de la part des prestataires de soins par

rapport à la période prénatale (la grossesse) et l'accouchement si bien que les consultations post-natales ne sont pas suivies de manière systématique.

La consultation post-natale (CPON) est l'ensemble des soins offerts à l'accouchée et à son bébé dès la naissance jusqu'à la 6^{ème} semaine de la période post-natale.

Elle comprend 9 interventions opérationnelles, à savoir :

1. Surveillance de l'état de santé de la mère et du bébé ;
2. Vaccination ;
3. Supplémentation en micronutriments (fer-folate et vitamine A) ;
4. Promotion de l'utilisation de la MILD ;
5. Conseil et services de Planification Familiale ;
6. Suivi du couple mère-enfant dans le contexte de la PTME ;
7. Prise en charge précoce des problèmes dépistés ;
8. Recrutement pour la consultation préscolaire (CPS) et
9. Conseils à la mère.

CPON 1.	A la 6 ^{ème} heure
CPON 2.	Au 6 ^{ème} jour
CPON 3.	A la 6 ^{ème} semaine

4.6. LA CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTES ET JEUNES

- La « **contraception** » par définition est l'utilisation des moyens et méthodes pour empêcher la survenue d'une grossesse.
- L'OMS définit la contraception comme étant l'utilisation d'agents, de dispositifs, des méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter.

4.6.1. Type des méthodes contraceptives :

On distingue deux grands groupes des méthodes :

1. **Méthodes traditionnelles ou anciennes** : Ce sont des méthodes qui n'utilisent pas d'instruments ou de médicaments. Elles sont basées sur l'abstinence de rapports sexuels pendant la période identifiée comme étant la période fertile.
- ✓ **Méthodes de calcul ou méthode de calendrier (méthode d'OGINO-KNAUSS)** : L'ovulation arrive toujours 14 jours avant le premier jour des menstruations. Dans un cycle de 29 jours, l'ovulation arrive le 15^{ème} jour. Si le cycle est de 31 jours, l'ovulation coïncide avec le 17^{ème} jour.
- ✓ **La méthode de température basale** : cette méthode consiste en ce que la progestérone augmente de quelque dixième de degré la température corporelle. Comme cette hormone n'est sécrétée qu'à partir de la formation du corps jaune. Cette augmentation de la température indique l'ovulation
- ✓ **La méthode sympto-thermique** : cette méthode consiste à l'observation physique de différentes manifestations reliées à la fertilité (ovulation) et est destinée à déceler les périodes de fécondité et d'infertilité dans le cycle menstruel de la femme.

2. **Méthodes modernes:** Ce sont des méthodes qui utilisent soit un instrument soit un médicament pour empêcher la survenue d'une grossesse. Il s'agit :
- ✓ **La pilule:** c'est un comprimé à prendre tous les jours selon les instructions du personnel soignant ou du fabricant. r
 - ✓ **La pilule d'urgence ou du lendemain :**
C'est une méthode contraceptive exceptionnelle qui permet d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé, c'est-à-dire en l'absence d'une contraception ou en cas d'échec de la méthode contraceptive utilisée.
 - ✓ **La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) :** Il s'agit d'allaiter l'enfant pendant 6 mois exclusivement au sein, l'absence des règles est le signe de la réussite de cette méthode. Cette méthode ne peut être appliquée que pendant les 6 premiers mois de l'allaitement.
 - ✓ **La Méthode d'Auto-Observation (MAO), méthode de la Glaire cervicale :** elle est fondée sur l'observation du cycle féminin et l'identification des périodes de fertilité par le suivi de l'état de la glaire cervicale.
 - ✓ **Méthode des jours fixes (MJF) :** c'est un collier de perles de couleurs qui représentent chaque jour du cycle menstruel de la femme. Le collier est composé de trente-deux perles avec une flèche blanche (qui boucle le cercle) et un anneau noir en caoutchouc que la femme doit déplacer suivant le sens indiqué par la flèche blanche. Les couleurs du collier servent à mieux suivre le cycle menstruel. Les perles blanches marquent les jours où on peut tomber enceinte et les perles maronnes marquent les jours où il est peu probable que l'on tombe enceinte
 - ✓ **Les injectables:** C'est une méthode contraceptive basée sur l'administration d'un médicament injectable à base de progestatif et qui empêche l'ovulation pendant 3 mois. Il a comme inconvénient de provoquer des troubles du cycle souvent dans le sens de la prolongation allant jusqu'à l'absence des règles d'une période de 3 à 12 mois ou plus. (Depo-provera et Sayana-press)
 - ✓ **Les dispositifs intra utérins (DIU...)** : Ex : stérilet ou dispositif intra utérin (support en cuivre): c'est un instrument en plastic souvent bordé par un support métallique que l'on place dans la matrice et qui réalise une contraception de 4 ans en moyenne. Il empêche passage des spermatozoïdes vers la trompe où se fait la fécondation ;
 - ✓ **Implant (norplant, jadelle) :** C'est un contraceptif à base de progestatif que l'on place en sous cutané ou en intradermique ou que l'on applique sur la peau et qui empêche l'ovulation pendant une longue durée pouvant aller jusqu'à 3 à 5 ans. Ils ont les mêmes inconvénients que les progestatifs injectables.
 - ✓ **Les méthodes de barrière :** (les spermicides, les préservatifs,).
 - **Les spermicides :** ils se présentent sous forme des crèmes, ovules, mousses imprégnées des substances chimiques toxiques pour les spermatozoïdes. Ils s'appliquent au plus tard cinq minutes avant le rapport et sont actifs pendant quatre heures. Ils ne protègent ni des IST, ni de sida.

- **Les préservatifs** : sont des enveloppes protectrices souples (caoutchouc, latex...) recouvrant la verge employée par l'homme ou la femme comme contraceptif et contre les IST et VIH. Les préservatifs ne nécessitent pas une prescription médicale
- ✓ **Contraception chirurgicale volontaire (stérilisation)** : Ce sont les méthodes définitives ou irréversible, il s'agit de : (i) La ligature tubaire chez la femme : c'est une petite intervention chirurgicale qui consiste à couper et à ligaturer les trompes dans le but d'empêcher définitivement toute rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule (fécondation). (ii) La vasectomie chez l'homme : c'est une petite intervention qui consiste à couper et à ligaturer le canal déférent dans le but d'empêcher définitivement le passage des spermatozoïdes des testicules vers les liquides spermatiques.

4.7. ELIGIBILITE MEDICALE DES JEUNES FACE AUX METHODES CONTRACEPTIVES.

4.7.1. Critères de choix d'une méthode contraceptive.

Une méthode contraceptive fiable est celle qui répond aux critères suivants :

- **Innocuité** : la méthode utilisée ne doit pas provoquer des maladies
- **Irréversibilité** : la femme doit être capable de concevoir lors qu'elle cesse d'utiliser une méthode
- **Acceptabilité** : la bénéficiaire doit accepter librement d'utiliser la méthode
- **Efficacité** : nombre des cas d'échecs
- **Tolérance** : le degré de tolérance sera proportionnel à la rareté des effets secondaires inconfortables mais non dangereux pour la santé de l'utilisatrice.

Toutes les méthodes contraceptives peuvent être utilisées par les adolescents et jeunes mais toutes ne sont pas recommandées. Ex : les méthodes chirurgicales volontaires (vasectomie, ligature tubaire), le DIU, les progestatifs purs injectables.

Pour certaines méthodes contraceptives, certains aspects spécifiques devront être envisagés pour les adolescents :

- a) *Les contraceptifs hormonaux (contraceptifs oraux, injectables, patch combinés, anneau génital combiné et implants) :*
 - Les injectables et l'anneau génital peuvent être utilisés sans que d'autres le sachent.
 - Il est particulièrement difficile pour certaines adolescentes de prendre régulièrement la pilule.
- b) *La Pilule Contraceptive d'Urgence (PCU) :*
 - Les jeunes femmes ont probablement moins de contrôle que les femmes plus âgées sur les relations sexuelles et l'utilisation de la contraception. Elles risquent d'avoir souvent besoin de la PCU.
 - Fournir la PCU à l'avance aux adolescentes pour qu'elles puissent l'utiliser quand elles en auront besoin. La PCU peut être administrée chaque fois qu'elles ont des rapports

sexuels non protégés, y compris les rapports sexuels contre leur volonté ou en cas d'échec de certaines méthodes contraceptives entre autres : préservatifs, retrait, etc.

c) *Stérilisation féminine et vasectomie :*

On ne peut faire recours à ces méthodes qu'après une mûre réflexion. Cette méthode n'est pas souhaitable pour les jeunes et les personnes qui n'ont que peu d'enfants ou pas d'enfants du tout (car ils risquent plus de regretter par la suite de la stérilisation).

d) *Préservatifs masculins et féminins :*

- C'est l'une des meilleures méthodes car les préservatifs protègent contre les IST et la grossesse à la fois, elle est plus recommandée aux adolescents (un grand nombre d'adolescents en ont besoin).
- Les préservatifs sont facilement disponibles, ils sont d'un coût abordable et conviennent bien pour les rapports sexuels occasionnels.
- Les adolescents réussissent moins bien l'utilisation correctement des préservatifs que les hommes plus âgés. Ils auront plus probablement besoin de s'exercer davantage pour mettre correctement un préservatif.

e) *Dispositif Intra-utérin (DIU au cuivre et DIU hormonal) :*

Les DIU sont plus susceptibles de sortir chez les femmes qui n'ont pas encore accouché car leur utérus est plus petit.

f) *Méthodes de connaissance de la fécondité :*

- A moins qu'une adolescente n'ait des cycles menstruels réguliers, les Méthodes de connaissance de la fécondité doivent être utilisées avec prudence.
- Nécessitent une méthode d'appoint ou une PCU au cas où l'abstinence échoue.

NB : Une fois la méthode choisie, il est indiqué de vérifier l'éligibilité de l'adolescente à la méthode choisie (à l'aide d'un check-list) et également important d'expliquer son mode d'utilisation et de préciser les éléments à surveiller, tels que les signes et les symptômes qui nécessitent une consultation. Par ailleurs, il est indiqué de leur prodiguer des conseils sur la sexualité.

AVORTEMENTS PROVOQUES CHEZ LES ADOLSCENTES.

Les avortements provoqués chez les adolescents sont très fréquents dans le monde, en Afrique et en RDC et ils constituent un véritable problème de santé publique.

L'Organisation Mondiale Santé (OMS) estime environ à 25 % de l'ensemble des grossesses dans le monde qui se soldent par un avortement provoqué. En RDC, la prévalence des avortements clandestins chez les adolescentes est estimée à 30% (ELS 1998). Ces avortements provoqués sont l'une des principales causes de mortalité maternelle en RDC (l'avortement provoqué représente jusqu'à 13 % de tous les décès maternels).

Ce chapitre sur les avortements provoqués chez les adolescentes abordera les points ci-après :

1. Définition et facteurs favorisants
2. Conséquences et facteurs déterminants les complications d'avortements
3. Principes essentiels sur le diagnostic, prévention et prise en charge de cas d'avortement provoqué chez l'adolescente,

5.1. DEFINITION ET FACTEURS FAVORISANTS.

- Par définition, **un « avortement »** est toute interruption de la grossesse avant l'âge de viabilité fœtale (avant 28 semaines d'aménorrhée ou 6 Mois) pour la RDC. L'OMS quant à elle ; c'est toute interruption qui survient avant 22 semaines d'aménorrhée.
- **Facteurs favorisants les avortements provoqués chez les adolescentes :**
Les facteurs favorisants ces avortements provoqués sont de plusieurs ordres dont voici les principaux :
 - Grossesse non désirée : Quand une adolescente a contracté une grossesse qu'elle n'avait pas souhaitée ou désirée, elle finit généralement par avorter.
 - Education : les filles enceintes qui craignent d'être renvoyées de l'école ou de devoir suspendre leurs études pensent parfois ne pas avoir d'autre choix que d'interrompre leur grossesse.
 - Facteurs économiques : les adolescentes disposent de moins de ressources économiques pour prendre soin d'un enfant; il semble donc normal que des pressions économiques les incitent à recourir à l'avortement.
 - Réprobation sociale: dans les sociétés où la grossesse avant le mariage est perçue comme étant immorale, les adolescentes ont recours à l'interruption de grossesse afin de ne pas s'exposer, elles et leur famille, à la honte et à la réprobation.
 - Absence de relation stable: cette raison est plus souvent évoquée par les adolescentes que par les adultes
 - La mauvaise utilisation de la contraception: l'usage de contraceptifs est souvent rare chez les adolescentes. Lorsqu'elles en utilisent, c'est souvent de façon irrégulière et inappropriée. En outre, elles ont généralement recours à des méthodes moins efficaces.

- Rapports sexuels forcés (y compris le viol et l'inceste) : des données issues de diverses cultures indiquent qu'un plus grand pourcentage de viols et d'atteintes sexuelles sont perpétrés à l'encontre d'adolescentes que d'adultes.

5.2. CONSEQUENCES ET FACTEURS DETERMINANTS LES COMPLICATIONS D'AVORTEMENTS PROVOQUES CHEZ LES ADOLESCENTES.

5.2.1. Conséquences des avortements provoqués chez les adolescentes.

Les conséquences sont diverses et peuvent être regroupées dans les catégories suivantes : médicales, psychologiques, sociales et économiques.

- **Conséquences médicales :**

A court et à moyen terme : les lésions cervicales ou vaginales, le sepsis (septicémie), l'hémorragie, la perforation de l'utérus ou de l'intestin, le tétanos, l'infection ou l'abcès pelviens, et les caillots sanguins intra-utérins, fistules obstétricales, décès.

A long terme : la stérilité secondaire, le risque accru de grossesse extra-utérine et d'accouchement prématuré.

- **Conséquences psychologiques :**

Les adolescentes enceintes se sentent notamment perdues et affligées. Certaines expriment aussi de la culpabilité liée non seulement à l'avortement même, mais aussi à la pratique sexuelle et au fait de ne pas avoir assumé leur rôle de femme en optant pour l'avortement.

- **Conséquences sociales et économiques :**

Les conséquences sociales et économiques de l'avortement provoqué affectent la fille elle-même, sa famille, sa communauté et l'ensemble de la société.

- L'adolescente va interrompre ses études et être confrontée à des attitudes désapprouvées, voire à un certain ostracisme, risque d'être rejetée par leur famille. Les filles qui abandonnent l'école ou qui sont rejetées par leur famille se marient souvent tôt, acceptent des emplois mal payés et sont tentées ou obligées de se prostituer.
- Le traitement des complications liées à l'avortement à risque mobilise des ressources précieuses, souvent déjà limitées, telles que le sang sûr, d'autres fluides intraveineux et des antibiotiques.
- Les investissements réalisés dans le domaine de l'éducation et de la formation des jeunes femmes sont perdus.
- Les ressources humaines, qui auraient pu contribuer au développement de la nation, sont également perdues.

5.2.2. Facteurs déterminant la survenue des complications liées à l'avortement sont:

- **Consultation tardive :**

Les adolescentes peuvent consulter tardivement car elles ne savent pas forcément qu'elles sont enceintes ou ne veulent pas l'admettre, même si elles s'en rendent compte. Elles ne

savent pas toujours où obtenir de l'aide ou se faire aider en raison de facteurs limitants, tels que le coût, l'attitude et le comportement des prestataires de soins de santé, etc.

- **Recours à des prestataires non qualifiés :**

Les adolescentes ont plus fréquemment recours à l'avortement pratiqué par des prestataires non qualifiés que les femmes adultes. Plus les adolescentes sont jeunes, plus ils sont ignorants et il est probable que l'avortement soit pratiqué par une personne extérieure au secteur médical

- **Utilisation de méthodes dangereuses :**

Les adolescentes ont plus souvent recours que les adultes à des méthodes d'avortement dangereuses, telles que l'insertion d'objets dans l'utérus, l'utilisation de préparations à base de plantes dans le vagin ou la prise de plusieurs préparations préconisées par la médecine moderne ou traditionnelle, que ce soit par voie orale ou par injection.

- **Obstacles légaux :**

En RDC, la loi interdit la pratique de l'avortement, ainsi rendant plus difficile l'accès des adolescentes à l'avortement sûr. Dans certains pays, le consentement du mari, des parents ou du tuteur est nécessaire à l'avortement si la femme n'a pas atteint un certain âge. En général, la mortalité liée à l'avortement est élevée dans les pays où l'avortement fait l'objet de contraintes légales et où les services de santé de la reproduction ne sont pas largement disponibles.

- **Facteurs liés aux points de prestation de services :**

- Services de santé très éloignés du lieu où le jeune vit ;
- Horaires d'ouverture parfois peu pratiques pour les jeunes qui étudient ou travaillent ;
- Services peu accueillants (longues heures d'attentes, procédures administratives longues) ;
- Coûts très élevés des services (Jeunes n'ont généralement pas les moyens de payer des services de santé et doivent demander à un adulte de les aider).

5.3. PRINCIPES ESSENTIELS SUR LE DIAGNOSTIC, PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE CAS D'AVORTEMENT PROVOQUE CHEZ L'ADOLESCENTE.

5.3.1. Principes de diagnostic d'un avortement provoqué chez l'adolescente.

Il sied de signaler que le diagnostic de l'avortement provoqué ou de ses complications devrait être le même pour les adolescentes que pour les femmes adultes. Lorsqu'un prestataire des soins de santé prend en charge un cas d'avortement chez l'adolescente, il devra nécessaire se référer aux principes de base appris sur le diagnostic général de l'avortement.

Il devra garder à l'esprit que contrairement aux femmes adultes, les adolescentes (notamment les très jeunes filles) ne souhaitent généralement pas, et ne peuvent parfois pas, fournir des informations précises. C'est notamment le cas lorsqu'elles sont accompagnées de leurs parents, de leurs proches ou d'autres personnes, car elles ont peur et sont gênées de devoir reconnaître qu'elles ont eu des relations sexuelles.

5.3.2. Prévention de l'avortement provoqué chez les adolescentes.

La sensibilisation et l'éducation sont les meilleurs moyens de prévenir les adolescents et jeunes sur le risque médical, émotionnel et socio-économique d'un avortement notamment :

- Par la contraception (Abstinence sexuelle avant le mariage, usage d'autres méthodes contraceptives etc.)
- Encourager les parents à parler de la sexualité avec leurs enfants
- Encourager les adolescents et jeunes à fréquenter les services de prestations de soins
- Encourager les jeunes à canaliser leurs énergies vers les activités socioculturelles et récréatives, surtout vers les études
- En cas de grossesse, conservez la, aller à la consultation prénatale et post natale. Ne pas avorter car les complications sont énormes

5.3.3. Principes de prise en charge de cas d'avortements provoqués chez les adolescentes.

La prise en charge de la patiente va dépendre des renseignements fournis et des conclusions de l'examen. Elle doit respecter les principes suivants :

- Une réanimation d'urgence peut s'avérer nécessaire, car beaucoup d'adolescentes arrivent en état de choc.
- Une expulsion est nécessaire afin d'évacuer de l'utérus tous les produits de la conception. Une évacuation utérine est requise pour les avortements inévitables ou incomplets. La technique utilisée dépend de la durée de la gestation, du stade de l'avortement, de la taille de l'utérus ainsi que de la disponibilité du personnel qualifié et des fournitures. En cas de signes d'infection, de lésion abdominale et de perforation cervicale ou utérine, un traitement par des antibiotiques à large spectre agissant contre les organismes à Gram négatifs, à Gram positifs et anaérobies, ainsi que contre la bactérie chlamydia, doit être démarré avant de procéder à l'expulsion.

Au cours du premier trimestre, la procédure chirurgicale préconisée est l'aspiration.

Au deuxième trimestre, le risque de complications est plus élevé. Les interventions pratiquées en début de deuxième trimestre (12-14 semaines) peuvent être effectuées par aspiration, à condition d'utiliser des canules de diamètre plus large. Le curetage est aussi parfois requis. L'avortement incomplet en fin de deuxième trimestre (plus de 14 semaines) par dilatation et curetage ou par utéro toniques, doit être pris en charge par des prestataires qualifiés/formés. Par ailleurs, des fluides intraveineux et ocytociques, des transfusions sanguines et des structures pour pratiquer des interventions de chirurgie abdominale doivent être disponibles en cas d'urgence.

- Une prise en charge et une prévention des complications telles que les infections et les lésions.
- Des mesures de suivi post-avortement doivent être mises en place, car il est plus facile de perdre la trace des adolescentes que des adultes.
- Établir un bon contact avec la patiente adolescente permettra de faciliter le suivi.
- Dans tous les cas, les patientes doivent obtenir des informations sur les signes à surveiller, tels que la fièvre et les frissons, la nausée et les vomissements, les douleurs abdominales et

dorsales, une sensibilité de l'abdomen à la palpation, des saignements importants et des pertes vaginales nauséabondes. Elles doivent aussi recevoir des informations sur la sexualité et la contraception afin de prendre des décisions avisées.

NB :

Les adolescentes qui ont avorté constitue aussi une cible pour l'offre de service de planification familiale, précisément en matière de contraception afin d'assurer leur rétablissement sans concevoir à nouveau dans la période qui suit l'avortement, ou de prévenir toute grossesse non désirée qui pousse à interrompre son évolution.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) chez les adolescents et jeunes constituent un vrai problème majeur de santé publique en RDC. En effet, on estime chaque année dans le monde, plus d'un adolescent sur 20 contracte une infection sexuellement transmissible guérissable, sans compter les infections virales. Un tiers des nouveaux cas d'IST estimés chaque année, concerne les jeunes de moins de 25 ans. En RDC, la prévalence des IST est de 11,7% chez les filles et 9,2% chez les garçons⁴.

Le présent chapitre sur les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes, traite des points suivants :

- Définition et facteurs favorisant les infections sexuellement transmissibles,
- Etiologies et Type des infections sexuellement transmissibles,
- Manifestations cliniques (grands syndromes) et conséquences des infections sexuellement transmissibles.
- Diagnostic et principes de prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes

5.1. DEFINITION ET FACTEURS DE RISQUES DE CONTRACTER LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.

5.1.1. Définition du terme « Infection Sexuellement Transmissible» (IST) :

Le terme « infection sexuellement transmissible » désigne toute infection transmise d'une personne à une autre, essentiellement par voie sexuelle. Certaines IST se transmettent par une exposition au sang contaminé et par contact mère/enfant.

5.1.2. Facteurs de risques de contracter des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes.

Trois facteurs de risques sont à retenir, à savoir : les facteurs psychologiques, comportementaux, biologiques et sociaux.

- **Facteurs psychologiques** : (i) le sentiment d'invulnérabilité des jeunes, le désir de tenter des nouvelles expériences et la volonté de prendre des risques : en changeant souvent des partenaires sexuels ou en ayant un partenaire sexuel qui a lui-même beaucoup d'autres. (ii) Connaissances insuffisantes sur les IST, ce qui contribue aux comportements à risque. (iii) ils ont du mal à utiliser un préservatif correctement et systématiquement.
- **Facteurs comportementaux** : (i) beaucoup d'adolescents sont sexuellement actifs. En RDC, un bon nombre d'adolescents débute précocement leurs rapports sexuels dans le

⁴ PNSA, plan stratégique de santé de l'adolescent, 2016-2020.

cadre du mariage ou en dehors. Le fait d’avoir son premier rapport sexuel à un jeune âge est un facteur important des IST. (ii) Ils ne sont souvent pas capables d’exiger une protection adéquate. Parfois l’acte sexuel s’accompagne des sévices ou de coercition, ce qui est associé à l’initiation précoce au sexe et à la multiplicité des partenaires sexuels, deux facteurs de risque des IST.

- **Facteurs biologiques** : (i) l’immaturité de leurs organes génitaux et de leur système immunitaire rend les adolescents plus vulnérables que les adultes à des agents pathogènes responsables des IST. (ii) l’ectopie cervicale fréquente chez la jeune fille, la rend plus vulnérable aux infections telles que la chlamydiae, la gonorrhée, la trichonase, l’herpès ou le virus du papillome humain génital (VPH).
- **Facteurs sociaux** : (i) la pauvreté (difficultés financières), l’absence de domicile fixe, le déplacement forcé (abus sexuel ou chantage sexuel), (ii) les prestataires des services de santé ont souvent tendance à ne pas accueillir les jeunes à bras ouverts. Souvent les prestataires ne respectent ni l’intimité des adolescents, ni la confidentialité des renseignements reçus et le personnel est souvent moralisateur ou désagréable.

5.2. ETIOLOGIES ET TYPES DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.

Le tableau ci-dessous regroupe les infections sexuellement transmissibles selon les grands syndromes. Il s’agit des infections sexuellement transmissibles à écoulement, à ulcères et à manifestations générales.

Tableau N° : Etiologies des infections sexuellement transmissibles selon les syndromes

Syndrome d’écoulement urétral.	Syndrome écoulement vaginal.	Syndrome de l’Ulcération Génitale.	IST à manifestations générales
Agent causal potentiel			
- N. gonorrhoeae, - C. trachomatis, - Mycoplasma genitalium	- N. gonorrhoeae, - C. trachomatis, - T. vaginalis, - Candida albicans, (vaginose bactérienne)	- T. Pallidum (syphilis), - H. ducreyi (chancre mou), - HSV-2 (herpès), - C. granulomatis (donovanosis)	- Hépatite B, - Condylome, - VIH/SIDA

5.3. MANIFESTIONS CLINIQUES ET CONSEQUENCES DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.

5.3.1. Manifestations des infections sexuellement transmissibles.

Chez l'homme	Chez la femme
Présence des sécrétions dans l'urètre antérieur s'accompagnant souvent de douleur mictionnelle, gêne au niveau de l'urètre.	Sécrétions vaginales anormales par couleur, aspect, odeur et/ou abondance
Gonflement douloureux du scrotum/testicules	Sensibilité utérine à la mobilisation du col et/ou des annexes avec ou sans écoulement chez une femme qui se plaint de DBV
Plaie aux organes génitaux parfois sensation de brûlure à la miction.	Plaies aux organes génitaux parfois sensation de brûlure à la miction si localisation vulvaire
Douleur et tuméfaction à l'aîne bubon uni ou bilatéral	Douleur et tuméfaction à l'aîne bubon uni ou bilatéral.
Crête de coq au niveau de la sphère ano-génitale	Crête de coq au niveau de la sphère ano-génitale

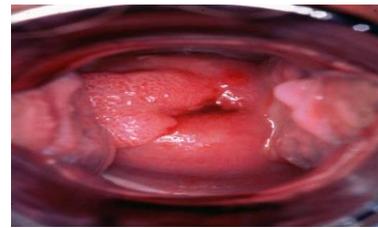
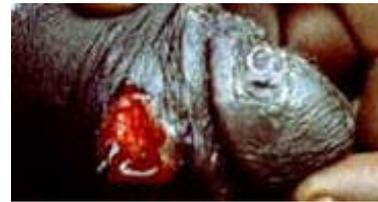
Écoulement Urétral



Écoulement Vaginal



Ulcération génitale



Condylome génital

Papilloma virus

5.3.2. Les complications liées aux infections sexuellement transmissibles.

Les infections sexuellement transmissibles constituent une préoccupation majeure de santé publique non seulement à cause de leur importante prévalence dans le monde, mais parce qu'elles peuvent entraîner des complications graves et permanentes chez les personnes contaminées qui ne sont pas soignées à temps et de façon efficace. De plus, elles contribuent à la propagation du VIH.

Tableau N° : Complications pouvant être causées par une IST

Causes	Complication
Infection gonococciques et à Chlamydia	- Stérilité chez les hommes et les femmes - Epididymite, - Grossesses extra-utérine due à une lésion des trompes
Gonorrhée	- Cécité chez les enfants
Infections gonococciques, à chlamydia et à germes anaérobies	- Pelvipéritonite ou péritonite généralisée
Syphilis acquise	- Maladies cérébrales et cardiales permanentes
Syphilis congénitale	- Détérioration des organes et des tissus chez les enfants.
Virus du papillome humain	- Cancer génital.

D'autres complications sont :

- La présence d'autres IST crée un terrain favorable pour l'infection à VIH.
- Les IST laissent des séquelles psychologiques graves chez beaucoup d'adolescents. Parce qu'ils se sentent coupables et honteux.
- Certains hommes divorcent ou abandonnent leurs femmes pour cause de stérilité due à une infection sexuellement transmissible.

5.4. DIAGNOSTIC ET PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CHEZ LES ADOLESCENTS

Une bonne prise en charge des cas d'IST dépend d'un diagnostic précis, d'un traitement adéquat et approprié.

Il est très capital de se référer aux algorithmes de prise en charge des infections sexuellement transmissibles en vigueur en RDC⁵.

5.4.1. Principaux facteurs entravant l'exactitude du diagnostic des IST

Les adolescents manquent souvent d'informations sur les services de santé disponibles. Ainsi, ils ne connaissent pas forcément les services existants, leurs emplacements, leurs horaires et leurs coûts. Même s'ils disposent de ces informations, ils sont souvent peu enclins à aller consulter pour obtenir un diagnostic et un traitement en raison de la gêne qu'ils ressentent, parce

⁵ Guide National de prise en charge des IST selon l'approche syndromique, janvier 2006.

qu'ils ne veulent pas être vus par des personnes adultes qu'ils connaissent et parce qu'ils craignent les réactions négatives du personnel médical.

A cela nous pouvons ajouter l'automédication, le recours à un personnel non qualifié et le fait que le prestataire ne dispose pas des compétences appropriées pour procéder à un examen clinique, ou pour obtenir les informations nécessaires auprès des adolescents qui ne connaissent pas bien leur corps. Il peut se contenter d'une approche syndromique lors du diagnostic et de la prise en charge et ainsi passer à côté d'une IST asymptomatique ou peu symptomatique.

Les IST peuvent être asymptomatiques, en particulier chez les jeunes femmes. Les adolescentes ignorent parfois qu'ils ont une IST parce qu'ils ne savent pas souvent distinguer un état normal d'un état pathologique (comme les écoulements génitaux normaux et anormaux) et ne vont donc pas forcément consulter.

Les symptômes et les signes de certaines IST disparaissent sans traitement, ce qui peut les amener à croire que la maladie a disparu spontanément alors que ce n'est pas le cas.

5.4.2. Aspects essentiels d'un bon diagnostic et prise en charge des IST

Les prestataires de soins de santé doivent tenir compte d'un certain nombre de facteurs et agir différemment lors de la prise en charge d'adolescents. Ces facteurs sont :

- ✓ Connaître les comportements des adolescents en matière de recherche d'aide et de soins ;
- ✓ Etablir un bon contact dans une relation d'aide;
- ✓ Obtenir des informations sur la nature du problème grâce à un questionnaire médical rigoureux ;
- ✓ Procéder à un examen physique ;
- ✓ Parvenir à un diagnostic;
- ✓ Faire part du diagnostic et de ses implications, discuter des options thérapeutiques et proposer un traitement;
- ✓ Répondre aux besoins psychologiques et aider le patient à faire face aux implications sociales ;
- ✓ Prévenir la récurrence du problème ou l'apparition d'autres IST;
- ✓ Rechercher et contacter d'autres personnes infectées.

5.4.3. Principes de prise en charge des infections sexuellement transmissibles.

Dans la plupart des cas, les adolescents atteints d'IST sont pris en charge de la même manière que les adultes. Pourtant, les adolescents ont des besoins particuliers et les IST peuvent être plus difficiles à diagnostiquer et à prendre en charge chez les adolescents que chez les adultes.

Les adolescents ont souvent du mal à observer leur traitement parce qu'il peut être long (notamment dans le cas de la chlamydiae) ou douloureux (condylomes acuminés) et parce qu'ils doivent parfois cacher leur traitement pour que personne ne soit au courant de l'IST.

C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé élabore des documents de référence, des fiches techniques destinés au personnel médical et recommande d'utiliser l'approche syndromique pour la prise en charge des IST.

Cette approche est particulièrement adaptée aux structures qui ne disposent pas de ressources humaines ni de laboratoires adéquats pour établir des diagnostics étiologiques; il permet aux prestataires de soins de santé au premier niveau de traiter les infections au moyen des signes, des symptômes et d'une évaluation du risque.

Des schémas opérationnels sont disponibles pour les sept syndromes suivants:

- Pertes vaginales (chez les femmes)
- Écoulement urétral (chez les hommes)
- Ulcère génital (chez les hommes et les femmes)
- Gonflement du scrotum (chez les hommes)
- Douleurs dans le bas-ventre (chez les femmes)
- Bubon inguinal (gonflement) (chez les hommes)
- Écoulement oculaire (chez les bébés)

INFECTION A VIH CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

Plus de deux millions de jeunes âgés de 10 à 19 ans vivent avec le VIH. Les adolescents sont particulièrement vulnérables face au risque d'être infectés par le VIH et de mourir de causes qui y sont associés. En 2007, on estimait à plus de 5,4 millions le nombre des jeunes séropositifs entre 15 et 24 ans. Les plus forts taux de prévalence sont enregistrés en Afrique subsaharienne.

Le chapitre sur l'infection à VIH chez les adolescents et jeunes traite des points ci-après :

1. Rappel sur les généralités de l'infection à VIH
2. Principes essentiels de diagnostic et prise en charge de l'infection à VIH

7.1. RAPPEL SUR LES GENERALITES DE L'INFECTION A VIH.

- **Définition des concepts :**

L'infection par le VIH est causée par ce virus qui s'attaque au système immunitaire.

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) est une maladie infectieuse contagieuse causée par le Virus appelé VIH. Le sigle VIH désigne le virus de l'immunodéficience humaine.

- **Voies de transmission de l'infection à VIH :**

L'infection à VIH peut s'attraper principalement de trois manières : (i) la voie sexuelle, les rapports sexuels (vaginaux, anaux ou bucco-génitaux) non protégés avec une personne infectée par le virus. (ii) la voie sanguine, à travers la transfusion de sang et de dérivés sanguins contaminés par le VIH, des objets tranchants contaminés, etc. (iii) de la mère à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement, etc.

- **Facteurs de risque de transmission de l'infection à VIH :**

Ces facteurs peuvent être liés à l'adolescent lui-même, à son entourage immédiat ainsi qu'aux facteurs socio-économiques.

- A l'adolescent lui-même : les comportements à risque (le nombre élevé des partenaires sexuels, la non utilisation des préservatifs)
- Entourage immédiat : les mauvais conseils des amis, la prise abusive de l'alcool et de la drogue,
- Socio-économique : la pauvreté, la prostitution.

- **Différents stades et signes cliniques de l'infection à VIH:**

L'infection à VIH comprend 4 stades cliniques avec des signes correspondant à chaque stade.

- ✓ **Stade 1 : Primo-infection**

C'est la période suivant l'entrée du virus dans le corps. Cette première phase peut s'accompagner de symptômes qui ressemblent à ceux de la grippe comme de la fièvre,

des maux de gorge, des douleurs musculaires, de la fatigue, un gonflement des ganglions lymphatiques et des éruptions cutanées.

✓ **Stade 2 : Phase asymptomatique.**

Durant cette période, il n'y a aucune manifestation du virus mais celui-ci reste actif et continu de se répliquer et d'infecter d'autres cellules immunitaires.

✓ **Stade 3 : Phase symptomatique ou pré SIDA.**

Cette phase est caractérisée par l'apparition de symptômes persistants dus à l'affaiblissement du système immunitaire. La personne peut commencer à présenter des symptômes d'infection comme de la fatigue chronique, des sueurs nocturnes, de la fièvre, de la diarrhée ou une perte de poids importante.

✓ **Stade 4: Phase SIDA.**

L'apparition d'infections opportunistes causées par des bactéries, des virus ou des champignons ou encore l'apparition de certains types de cancers désigne.

7.2. PRINCIPES ESSENTIELS DU DIAGNOSTIC ET DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION A VIH CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

7.2.1. Importance d'un diagnostic précoce.

Le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les adolescents et jeunes reste la clé de voûte à une prise en charge médicale efficace. Cette prise en charge devra passer soit par le Conseil et Dépistage Volontaire (CDV), soit par le Diagnostic Conseils Initié par le Prestataire (DCIP).

Le professionnel de santé et les organismes s'occupant de la prise en charge des adolescents et jeunes infectés par l'infection à VIH, devraient se saisir de toutes les occasions, circonstances ou opportunités qui peuvent permettre de réussir à attirer les adolescents et jeunes afin de les dépister volontairement.

Ses opportunités sont entre autre:

- ✓ les services de santé de la reproduction pour les adolescents et jeunes
- ✓ les consultations ainsi que les hospitalisations
- ✓ les structures prenant en charge les orphelins
- ✓ les fratries des parents affectés par l'infection à VIH
- ✓ les organisations des jeunes de manière générale etc.

Il a été démontré que plus la prise en charge est précoce, plus le développement des maladies opportunistes n'apparaissent pas aussi tôt. Ce qui conduit de manière inévitable à préserver la santé de l'adolescent et du jeune séropositif.

7.2.2. Principes essentiels de prise en charge.

La gestion de l'infection à VIH chez les adolescents et les jeunes inclut une large gamme des services assurant les **soins**, le **traitement**, le **soutien**, les **conseils** ainsi que la **prévention positive** pour les jeunes vivants avec l'infection à VIH. Ceux-ci doivent obligatoirement faire

partie intégrante du service de prise en charge.

L'objectif du service de prise en charge est d'aider les adolescents et jeunes vivant avec l'infection à VIH à :

- ✓ Rester sains et à vivre de manière positive
- ✓ Adhérer aux soins et au traitement
- ✓ Comprendre les avantages de la divulgation du statut sérologique à la famille, au(x)partenaire(s) sexuel(s), aux amis proches
- ✓ Faire face à la stigmatisation et à la discrimination envers eux-mêmes et leurs proches.

7.2.3. Prévention de l'infection à VIH.

La prévention reste l'arme la plus efficace contre l'infection à VIH chez les adolescents et les jeunes. L'objectif de la prévention de l'infection à VIH est triple, à savoir:

- Combattre la transmission de l'infection à VIH par l'information, tout en promouvant le dépistage et les conseils.
- Aux adolescents qui seront testés séronégatifs, les aider à le rester en leurs fournissant des conseils appropriés. Pour ceux qui sont sexuellement actif, leurs fournir des moyens de se protéger (distributions des préservatifs etc.) ;
- Ceux qui seront testés séropositifs, les conseiller à ne pas se surinfecter et à ne pas infecter les autres; tout en leurs fournissant un traitement approprié.

7.2.4. Conseils pour une meilleure prise en charge.

Le but ultime de ses conseils est de réduire le risque de transmission et de propagation de l'infection à VIH ainsi que sur la manière de vivre positivement avec l'infection.

Les actions ci-dessous, contribuent à une meilleure prise en charge de l'adolescent et jeune, séropositif. Il s'agit de:

- ✓ **CONSEILLER:**
En les conseillant, utiliser un langage clair sans lui porter un jugement; en veillant à corriger les informations erronées.
- ✓ **CONVENIR:**
De l'endroit où le jeune choisit de recevoir son traitement, une assistance ou un conseil. Convenez avec lui aussi du plan de traitement.
- ✓ **AIDER:**
Aider l'adolescent et le jeune à améliorer sa santé physique, mentale et sociale. Offrez-lui une assistance psychologique dès que possible.
Aidez-les aussi à vaincre les difficultés liées à la consommation à vie des antirétroviraux (faciliter l'adhérence).
- ✓ **ORGANISER:**
Ce que fera le jeune pendant la période entre les visites et programmer des conseils en groupe ou des liens avec des groupes de support de jeunes vivants avec l'infection à VIH.

GENERALITES SUR LES VIOLENCES SEXUELLES ET LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE.

Le chapitre sur les généralités sur les violences sexuelles et celles basées sur le genre traite des points ci-après:

1. Définition de violence basée sur le genre,
2. Principales formes de VBG,
3. Facteurs favorisant ou de risques des VBG
4. Les conséquences des VBG,
5. Droits et besoins des survivants de VBG
6. Principes de prise en charge des survivantes des VS (VBG).

8.1. DEFINITION DE LA VIOLENCE SEXUELLE ET LA VIOLENCE BASEE SUR LE GENRE.

- **Violence sexuelle :**

Elle est définie selon l'OMS 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 en 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. »

- **Violence basée sur le genre :**

Elle se définit comme tout acte ou omission portant un préjudice en dépit de la volonté d'une personne et qui résulte des distinctions entre homme et femme, adulte et enfant, jeune et vieux.

8.2. PRINCIPALES FORMES DES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE

- **Les violences psychologiques sous une forme verbale ou non-verbale.**

On parle de violence psychologique lorsqu'une personne adopte une série d'attitudes et de propos qui visent à dénigrer et à nier la façon d'être d'une autre personne. Ces paroles ou ces gestes ont pour but de déstabiliser ou de blesser l'autre. C'est nier l'autre et le considérer comme un objet. Ces procédés sont destinés à soumettre l'autre, à le contrôler et à garder le pouvoir. Dans cette forme de violence on compte : le contrôle, l'isolement, la jalousie pathologique, le harcèlement, le dénigrement, les humiliations, les actes d'intimidation, l'indifférence aux demandes affectives et les menaces.

- **Les violences physiques.**

Cette forme de violence est la plus visible. Les violences physiques font référence aux coups et blessures. L'agresseur utilise cette forme de violence quand la victime manifeste

encore trop d'indépendance à son goût, quand il n'a pas réussi à contrôler tous ses comportements. Il passe à la brutalité et à la contrainte physique. Il la secoue, la gifle, lui broie les mains, la pince, l'écrase contre un mur, l'immobilise, la séquestre, l'attache, l'étrangle, la traîne dans l'escalier en la tirant par les cheveux, lui donne des coups de pieds au visage, aux seins, au ventre, lui lance des objets à la figure, lui coupe les cheveux, la brûle, la mort, l'expulse du domicile (en particulier, la nuit), lui fait ingérer des produits toxiques, la brûle avec une cigarette, un fer à repasser, un produit corrosif etc. ...

- **Les violences économiques :**

Elles englobent l'interdiction de travailler, le travail forcé, la saisie du salaire et la détention par un seul partenaire du pouvoir de décision concernant les ressources financières. Les violences économiques se traduisent par une privation d'accès aux ressources financières propres et /ou aux ressources du ménage.

- **Le meurtre de la conjointe :**

Les violences conjugales sont une des causes principales de la mortalité des femmes et, dans deux tiers des cas, le décès était précédé de violences physiques graves.

- **Violence domestique :**

On est en présence de violence domestique dès lors qu'une personne exerce ou menace d'exercer une violence physique, psychique ou sexuelle au sein d'une relation familiale, conjugale ou maritale en cours ou dissoute tels que décrit dans cette typologie.

- **Les violences sexuelles :**

Elles peuvent revêtir diverses formes, notamment : Le viol, le viol conjugal, la mutilation sexuelle, l'attentat à la pudeur, l'excitation des mineurs à la débauche, la stérilisation forcée, les mariages précoces, l'esclavage sexuel, le harcèlement sexuel, le mariage forcé, la pornographie, la zoophilie, la transmission délibérée d'une IST incurable, la pédophilie, le trafic et exploitation d'enfant à des fins sexuels, la grossesse et la maternité forcées, l'avortement forcé, la prostitution, l'adultère et l'inceste.

8.3. PRINCIPALES FORMES DES VIOLENCES SEXUELLES.

Les violences sexuelles sont l'une des plus fréquentes formes des violences basées sur le genre. Les formes de violences sexuelles sont multiples et se retrouvent partout dans le monde, d'autres sont particulières à certaines régions. Toutes peuvent causer des sérieux dommages physiques, psychologiques et / ou sociales aux SVS.

La loi congolaise N° 06/018 du 20 juillet 2006 reconnaît 16 formes de violences sexuelles.

1. **L'attentat à la pudeur :**

Est défini par la loi comme « tout acte contraire aux mœurs exercé intentionnellement et directement sur une personne sans le consentement valable de celle-ci. »

2. **Le viol :**

L'OMS définit le viol comme « un acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet. »

3. **L'incitation des mineurs à la débauche :**

Est entendue comme un attentat « aux mœurs en incitant, facilitant ou favorisant pour satisfaire les passions d'autrui, la débauche ou la corruption des personnes de l'un ou l'autre sexe, âgées de moins de 18 ans ».

4. **Proxénétisme et souteneur :**

Proxénète : quiconque, pour satisfaire les passions d'autrui, aura embauché, entraîné ou détourné, en vue de la débauche ou de la prostitution, même de son consentement

Souteneur : celui qui vit en tout ou en partie aux dépens d'une personne dont il exploite la prostitution.

5. **La prostitution forcée :**

Qui consiste à amener « une ou plusieurs personnes à accomplir un acte ou plusieurs actes de nature sexuelle, par la force, par la menace de la force ou de la coercition ou encore en profitant de l'incapacité desdites personnes à donner librement leur consentement en vue d'obtenir un avantage pécuniaire ou autre. »

6. **Le harcèlement sexuel :**

Est « un comportement persistant envers autrui, se traduisant par des paroles, des gestes soit en lui donnant des ordres ou en proférant des menaces, ou en imposant des contraintes, soit en exerçant des pressions graves, soit en abusant de l'autorité que lui confère ses fonctions en vue d'obtenir de lui des faveurs de nature sexuelle ».

7. **L'esclavage sexuel :**

Est l'exercice d'un pouvoir associé « au droit de propriété sur une personne, notamment en détenant ou en imposant une privation similaire de liberté ou en achetant, vendant, prêtant, troquant ladite personne pour des fins sexuelles ».

8. **Le mariage forcé :**

Est le fait qu'une « personne qui, exerçant l'autorité parentale ou tutélaire sur une personne mineure ou majeure, l'a donné en mariage, ou l'a contrainte à se marier. »

9. **Les mutilations sexuelles :**

Sont une « atteinte à l'intégrité physique ou fonctionnelle des organes génitaux d'une personne. »

10. **La zoophilie forcée :**

Contrainte exercée sur une personne à avoir des relations sexuelles avec un animal ou la personne.

11. **La transmission délibérée des infections sexuellement transmissibles incurables :**

Quiconque aura délibérément contaminé une personne d'une infection sexuellement transmissible incurable.

12. **Le trafic et l'exploitation d'enfants à des fins sexuelles :**

Tout acte ou toute transaction ayant trait au trafic ou à l'exploitation d'enfants ou de toute personne à des fins sexuelles moyennant rémunération ou un quelconque avantage.

13. **La grossesse forcée :**

Est le fait d'avoir « détenu une ou plusieurs femmes rendues enceintes de force ou par ruse»

14. La stérilisation forcée :

Quiconque aura commis sur une personne un acte à le priver de la capacité biologique et organique de reproduction sans qu'un tel acte ait préalablement fait l'objet d'une décision médicale justifiée et d'un libre consentement de la victime.

15. La pornographie mettant en scène des enfants :

Quiconque aura fait toute représentation par quelque moyen que ce soit, d'un enfant s'adonnant à des activités sexuelles explicites, réelles ou simulées, ou toute représentation des organes sexuels d'un enfant, à des fins principalement sexuelles.

16. La prostitution forcée d'enfants :

Quiconque aura utilisé un enfant de moins de 18 ans aux fins des activités sexuelles contre rémunération ou toute autre forme davantage.

8.4. FACTEURS FAVORISANT LES VIOLENCES SEXUELLES ET BASEES SUR LE GENRE.

Les facteurs de risque de violences sexuelles et notamment de viol peuvent être liés spécifiquement à une situation de conflit, de post-conflit et de déplacement soit à d'autres contextes qui ne sont pas spécifiques seulement de la guerre mais qui se rencontrent aussi en temps de paix.

- **Facteurs individuels :**

Perte de sécurité, Dépendance, Invalidés physiques et mentales, Manque des solutions de substitution pour faire face aux changements de situation socio-économique, Usage-abus d'alcool ou de drogues, Traumatisme psychologique et stress lié au conflit, à la fuite et au déplacement, Perturbation des rôles au sein de la famille et de la communauté, Ignorance/manque des connaissances des droits individuels prévus par le droit national et international.

- **Normes sociales et culturelles :**

Les croyances et pratiques culturelles et traditionnelles discriminatoires, les croyances religieuses.

- **Cadre et pratiques juridiques :**

- Absence de protection légale des droits des femmes ;
- Faible application de la loi portant protection de l'enfant ;
- Faible application de la loi contre les violences sexuelles ;
- Manque de confiance dans les autorités chargées de l'application de la loi ;
- Application des lois et de pratiques coutumières et traditionnelles imposant la discrimination sexo-spécifique ;
- Faible campagne de sensibilisation condamnant et dénonçant VBG ;
- Pratique discriminatoire dans l'administration de la justice et l'application de la loi ;

- Sous-estimation des incidents dans les rapports et manque de confiance dans l'administration de la justice ;
 - Manque de volonté de poursuivre effectivement en justice tous les cas signalés aux autorités ;
 - Faible nombre de poursuites engagées par rapport au nombre des cas signalés
 - Police et tribunaux inaccessibles ;
 - Insuffisance de fonctionnaires de sexe féminin chargés de l'application de la loi ;
 - Insuffisance des ressources administratives et de l'équipement mis à la disposition des tribunaux locaux et des responsables de la sécurité.
- **Les conflits armés et guerres**
 - Durant les conflits armés le nombre de cas de violences sexuelles augmentent sensiblement. Les auteurs sont des hommes en arme et des civils. Effondrement des structures sociales ;
 - Exercices du pouvoir politique et du contrôle sur les autres communautés ;
 - Différences ethniques, Discrimination socio-économique.

8.5. LES CONSÉQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES ET BASEES SUR LE GENRE.

Toutes les formes des violences ont des conséquences sérieuses sur l'individu et sur la communauté. Les conséquences des violences basées sur le genre peuvent être classifiées comme suit :

- **Conséquences physiques :**
Les blessures, fracture, l'invalidité, les IST et l'infection à VIH, la Perturbation menstruelle, les grossesses à problèmes, les fausses couches, la souffrance fœtale, le faible poids à la naissance, la grossesse non souhaitée, les avortements provoqués, les fistules vésico-vaginales, la stérilité, l'incontinence, l'état de choc, l'hémorragie, le décès, etc.
- **Conséquences psychologiques :**
Colère, Peur, Ressentiment, Haine de soi, Honte, Culpabilité, Cauchemar, Trouble de mémoire, Frigidité, Apathie, Repli sur soi, Sentiment d'insécurité, Perte de la capacité de jouer un rôle familial et social, Dépression, Trouble de sommeil et/ou de l'alimentation, Maladie mentale, Isolement social, Stigmatisation, Isolement/rejet de la victime, Suicide ou état suicidaire, etc.
- **Conséquences juridiques/système judiciaire :**
 - Pression exercée sur des systèmes de police et de justice ;
 - L'inadéquation des lois applicables à différentes formes des violences sexuelles et sexistes peut se traduire par l'absence de réparation judiciaire pour la victime/survivante et de sanction pénale pour l'auteur de violences ;

- Faible assistance judiciaire ;
 - Interventions judiciaires inappropriées qui ajoutent au traumatisme subi par la victime/survivante, comme le mariage précoce et forcé avec l'auteur de violences ;
 - Faible taux de rapports d'incidents en raison d'un manque de confiance dans un système judiciaire marqué par les dysfonctionnements ;
 - Incidence accrue des cas de récidive contre la même victime/survivante ou d'autres femmes ou jeunes filles de la communauté, etc.
- **Conséquences socio-économique :**
 - Stigmatisation, rejet, divorce, pauvreté (due à l'apathie et au coût global des soins) ;
 - La victime/survivante éprouve un sentiment d'insécurité, de menace, de crainte ;
 - Climat de peur et d'insécurité, soit dans l'ensemble de la communauté, soit parmi les femmes seulement ;
 - La communauté peut se sentir dépassée ou impuissante pour n'avoir pu prévenir la violence en constituant des groupes de surveillance/sécurité ;
 - La communauté recourt à la « justice » de l'autodéfense pour se protéger contre les suspects.

8.6. LES DROITS ET BESOINS DES SURVIVANTS DES VIOLENCES SEXUELLES

8.6.1. Les droits des survivants des violences sexuelles.

- **Droit à la santé :**
Les victimes de viol et d'autres formes de violence ont le droit de recevoir des services de santé de bonne qualité pour gérer les conséquences physiques et psychologiques de la violence subies (IST/VIH, grossesse, blessures...).
- **Droit à la dignité humaine :**
Les personnes victimes de VBG doivent recevoir un traitement conforme à la dignité et au respect que celles-ci sont en droit de recevoir en tant qu'êtres humains.
- **Droit à la non-discrimination :**
Les lois, politiques et procédures liées à l'accès aux services ne doivent pas discriminer une personne victime des VBG du fait de sa race, de son sexe, de sa couleur, de sa tribu, de son clan, de sa foi ou de sa nationalité.
- **Droit à l'auto-détermination :**
Une fois orienter pour une prise en charge, les victimes ne doivent pas être forcés ni poussés à subir un examen ou faire l'objet d'un traitement contre leur gré.
Dans ce cas, il est essentiel que les victimes soient bien informées pour lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause. Les victimes ont également le droit de décider si et par qui elles souhaitent être accompagnées dans la recherche des réponses à leurs besoins

- **Droit à l'information :**
Chaque victime doit être informée personnellement de toutes les options de PEC disponibles. L'ensemble des options doit être présenté indépendamment des croyances personnelles de l'intervenant de sorte que la victime puisse prendre une décision en connaissance de cause.
- **Droit au respect de la vie privée :**
Un environnement propice au respect de l'intimité de la personne victime de violence doit être mis en place.
- **Droit à la confidentialité :**
Toutes les informations sur la victime doivent être gardées confidentielles et ne doivent pas être divulguées ni aux membres de la famille ni aux membres de la communauté.

8.6.2. Les besoins des survivantes des violences sexuelles.

Les Besoins les plus fréquemment exprimés sont :

- **Besoin de protection et de sécurité :**
Contre les représailles, les récidives, les menaces et le harcèlement de l'agresseur. Les survivants veulent se sentir en sécurité, souhaite que l'agresseur ne soit pas libre de ses mouvements : soit mis à l'écart, emprisonné ou placé sous surveillance. Certaines personnes veulent même déménager afin de se sentir en sécurité.
- **Besoin de PEC médicale :**
Ils ont besoin des informations sur la transmission, le dépistage volontaire et le traitement du VIH/sida ainsi que sur l'assistance psychologique en cas d'infection. Les RECO recommanderont aux survivantes de viol de se rendre auprès de service médical dans les

72 heures pour prévenir les IST/VIH/sida, les grossesses non désirées dans les 120 heures, le tétanos et l'hépatite

- **Besoin de confidentialité :**

Le non-respect de la confidentialité peut être à l'origine des graves problèmes et accentuer les traumatismes de la victime, surtout si la réaction de l'entourage familial et de la communauté stigmatise la victime.

- **Besoin d'être reconnu tant que victime :**

Certaines victimes croient qu'elles sont responsables de l'agression. Il faut donc les déculpabiliser, leur dire que leurs réactions sont normales face à un événement anormal, qu'elles pourront continuer à vivre malgré tout.

Elles sont nombreuses à craindre d'être blâmées, stigmatisées, rejetées par leurs familles, répudiées par leur conjoint. Elles doivent être mises dans un environnement calme et être réconfortées.

- **Besoin de soutien psychologique :**

Les victimes ont besoin du soutien de leur entourage immédiat et de la communauté, elles éprouvent une détresse morale et ont besoin d'un appui psychosocial sous forme d'un accompagnement dans la PEC.

- **Besoin de la justice :**

Elles ont besoin d'être entendues, d'être prises au sérieux par les autres et par la justice, que le tort subi soit reconnu. Certaines veulent être informées sur la procédure judiciaire de dépôt de plainte contre les agresseurs et doivent être soutenues durant les étapes de cette procédure.

8.7. PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DES SURVIVANTS DES VIOLENCES SEXUELLES

8.7.1. Les principes directeurs de prise en charge des survivants aux violences sexuelles :

Ces principes sont résumés en sept points qui prennent en compte des aspects relatifs à la sécurité physique des survivants et des intervenants, à la confidentialité, au respect de la dignité humaine, à la non-discrimination, à la création d'un environnement favorable à l'échange, à la qualité et au type d'intervenants ainsi qu'à la conduite à tenir avec les victimes.

A. Pour les survivants des violences sexuelles

- **Assurer la sécurité physique des survivants et ceux qui les aident :**

Les personnes survivant aux violences sexuelles sont souvent exposées aux attaques répétées des mêmes auteurs. Elles font l'objet de rejet ou de violence par leurs familles et/ou communautés. Les survivants doivent être protégés contre la maltraitance ou l'exclusion sociale.

- **Garder la confidentialité des survivants :**

La confidentialité est un élément obligatoire pour assurer la sécurité et respecter la dignité humaine des survivants. Le survivant a le droit de (à): Garder le silence ; se confier à qui il veut ; l'anonymat, conserver un système codé garantissant la confidentialité (par exemple code, chiffres, etc.).

- **Respecter la dignité humaine des survivants :**

- ✓ Respecter la dignité humaine du survivant, ses droits et choix en tant qu'être humain.
- ✓ Déclinez votre identité, expliquez votre rôle et vos objectifs vis-à-vis du survivant en prenant soin de lui expliquer également les contraintes et limites de l'appui attendu ;
- ✓ Evitez toutes les questions, commentaires, attitudes susceptibles de nuire, stigmatiser, exposer ou traumatiser à nouveau le survivant ;
- ✓ Rencontrez le survivant en privé, sauf si celui-ci demande expressément un accompagnateur de son choix. Si le survivant est mineur, il peut être accompagné d'un parent ou d'un tuteur de son choix ;
- ✓ Laissez au survivant l'initiative de raconter lui-même son histoire et à son propre rythme. Posez-lui des questions pertinentes, évitez-lui des redites ;
- ✓ Evitez de juger, de blâmer le survivant ou même de douter de son histoire ;
- ✓ Fournissez toujours au survivant des informations l'aidant à prendre des décisions responsables. Le mineur doit être traité comme une personne à part entière. A ce titre, son opinion doit être prise en compte. Il peut y associer un parent ou un tuteur de son choix. L'intérêt supérieur du survivant mineur doit l'emporter sur toute autre considération ;
- ✓ Le survivant doit être informé et conscient des implications de tout témoignage ou toute déclaration à la presse, aux autorités, etc. ;
- ✓ Les intérêts du survivant doivent l'emporter sur ceux d'un plaidoyer et/ou d'une promotion médiatique.

Dans la mesure du possible, s'assurer que les intervenants dans la prise en charge sont du même sexe que le (la) survivant(e) !

Autrement dit, essayer toujours de conduire les entretiens et les examens avec du personnel appartenant au même sexe que la victime.

- **Garantir la non-discrimination dans l'assistance aux survivant(e)s :**

- ✓ Tout adulte ou enfant, quel que soit son sexe, doit recevoir des soins et un appui dans les mêmes conditions ;
- ✓ Les victimes doivent recevoir un traitement équitable et impartial, sans distinction de leur race, leur religion ou leur nationalité, etc.

B. Pour les intervenants.

- S'assurer que l'intervenant n'a jamais été auteur, co-auteur ou complice d'une violence sexo-spécifiques (violences sexuelles, violence conjugale, etc.) ;
- S'assurer que les intervenants témoignent d'un comportement constructif caractérisé par l'écoute active, l'objectivité, l'empathie et la patience ;
- Sachez écouter, en conservant une attitude évitant tout jugement ;

- Ne posez aux victimes que des questions pertinentes et abstenez-vous de tout signe de dérision ou d'irrespect vis-à-vis d'elles ou de leurs cultures, leurs familles ou leurs situations sociales.
N'insistez pas pour obtenir davantage d'informations si la patiente n'est pas prête à parler de tout ce qu'elle a vécu.
- **Responsabilités du personnel non médical travaillant avec le prestataire des soins :**
Ce personnel est en contact avec les SVS et doit respecter les principes précités dans la limite de l'accomplissement de leurs tâches. Il ne doit pas usurper le rôle du prestataire, mais il doit accueillir et orienter le survivant de VS.
 - ✓ Garantir et respecter le caractère confidentiel ;
 - ✓ Croire et valider l'expérience du (de la) survivant(e) ;
 - ✓ Orienter vers les services compétents ;
 - ✓ Encourager l'accès aux services communautaires-
 - ✓ Aider le survivant à assurer sa sécurité ;
 - ✓ Reconnaître l'injustice, se montrer courtois et serviable surtout quand 'on se situe au premier accueil ou à la réception et même dans la communauté.

8.7.2. Les éléments de traitement pour les survivantes.

A la suite d'une agression sexuelle, les soins à apporter à la patiente seront différents selon le temps écoulé depuis l'agression. Le traitement a un but curatif mais aussi préventif.

- Soutien psychologique ;
- Traitement préventif : prophylactique ;
- Traitement curatif.

Voici en rappel les étapes recommandées pour la prise en charge des victimes d'agression sexuelle lors de la première visite après l'agression :

- Gérer la crise initiale (tel qu'un soutien émotionnel) et fournir les premiers soins après évaluation initiale pour exclure une urgence nécessitant une prise en charge immédiate ou un transfert éventuel,
- Expliquer à la victime de l'agression sexuelle ce qui va se passer lors de sa visite dans la structure de soins. Cette personne devra être informée du processus général exigé à la fois pour l'examen médical général et l'examen médico-légal (si ce dernier est mené sur le même site) en incluant le consentement préalable ;
- Procéder à un examen clinique général, avec notamment une évaluation de l'état général et une description écrite des lésions ;
- Évaluer le risque de transmission du VIH ;
- Fournir si cela est approprié la première dose de médicaments de PPE (Prophylaxie Post Expositionnelle) dès avant le test VIH, ou suivant un test rapide (dans l'heure ou les deux heures), si celui-ci est disponible, soit immédiatement après avoir obtenu son résultat ;

- Si une recherche de preuves médico-légales doit être effectuée, il faudra confirmer en premier lieu l'éventualité de rapports bucco-génitaux car dans l'affirmative, un prélèvement oral devra être effectué avant toute prise médicamenteuse ;
- Si le test rapide est disponible, offrir un conseil VIH avant et après le test ;
- Assurer la prise en charge médicale et recueillir les preuves médico-légales, ce qui comprend : les soins des blessures et/ou d'autres lésions, la recherche d'une grossesse, la contraception d'urgence selon le contexte et le traitement présomptif des infections sexuellement transmissibles, la prévention du tétanos et de l'hépatite B. Les prélèvements à visée médico-légale et diagnostique, doivent en règle générale être effectués dès que possible.

8.7.3. Prescription du traitement :

Le traitement dépendra de la précocité avec laquelle la victime se présente au service médico-sanitaire. Le traitement a un but curatif mais aussi et surtout préventif.

- **Synthèse pour la prévention :**

Délais de présentation après l'agression :

	<72h	>72h - <120h	>120h
• Prévention VIH	X		
• Prévention de la grossesse non désirée	X	X	
• Prévention des IST	X	X	X
• Vaccin anti-hépatite B	X	X	X
• Vaccin anti-tétanos	X	X	X
• Traitement des lésions occasionnées par l'agression	X	X	X

La victime se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression

Il est impérieux dans ce cas de :

- Prendre en charge les urgences médicales et/ou chirurgicales ;
- Administrer une contraception d'urgence si indiquée ;
- Prescrire et démarrer un traitement prophylactique : antirétroviral, prévention des IST, vaccination Hépatite B et Tétanos⁶ si c'est indiqué ;
- Recommander la victime dans le service psychosocial;
- Pour les conjoints/partenaires, recommander les préservatifs en vue de prévenir les IST /VIH et grossesse non désirée.

8.7.4. Activités de lutte contre le VIH/Sida chez les survivantes des violences sexuelles, tâches à accomplir :

- Identifier le cas ;
- Procéder à l'anamnèse, le récit des faits et à l'examen physique.
- Evaluer le risque
- Faire le counseling pré-test en tenant compte de l'état émotionnel de la survivante (si elle peut supporter, sinon reporter à quelques 3 jours) ;

Si consentement :

- Faire le test VIH ;
- Faire test de grossesse ;
- Conduire le counseling post-test ;
- Administrer le traitement (kit PEP : Contraception d'urgence, médicaments IST et ARV) ;
- Soigner les lésions physiques.

1. Traitement curatif

- Traitement des blessures : Désinfections de plaies, traitement des plaies (sutures, ...), des fractures et autres complications ;
- Administration d'analgésiques au besoin ;
- En cas d'infection sexuellement transmissible, prescription du traitement adapté selon le protocole national ;
- En cas d'intoxication, le traitement médical symptomatique sera adapté à l'état de la victime.

N.B. : Les urgences vitales priment dans la prise en charge. Si la victime était sous un autre traitement, la laisser continuer s'il n'y a pas de contre-indication à l'association.

2. Volet préventif :

- Il comprend la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, et de la grossesse.
- Le traitement préventif des IST peut commencer le même jour que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition VIH (PPE) bien que les doses doivent être espacées (et prises au moment des repas) pour limiter les effets secondaires, tels que les nausées.

- Prévention des IST :

De manière systématique, les survivants d'agression sexuelle avec pénétration doivent recevoir un traitement combiné d'antibiotiques pour prévenir les trois principales IST : La gonorrhée, la chlamydia et la syphilis.

Si d'autres IST sont répandues au niveau local (par exemple, le trichomonas ou le chancre mou), administrer également un traitement préventif pour ces infections.

- **Prévention de la transmission du VIH :**

La Prophylaxie Post Exposition (PEP) doit être proposée aux victimes selon l'évaluation des risques réalisée par le prestataire de soins, selon les recommandations du guide national de PEC médicale du PNLIS et dont l'évaluation repose sur les faits survenus pendant l'agression (à savoir, pénétration ou non, nombre d'agresseurs, blessures occasionnées, etc.).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la santé publique, Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de Soins de la mère , du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent en RDC, volume 5, Interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes, édition 2012.
2. Ministère de la santé publique/Programme national de santé de l'adolescent, « Module de formation des prestataires des soins de santé, sur les services de santé adapté aux adolescents et jeunes », édition 2014.
3. Ministère de la santé publique /Programme national de santé de la reproduction, Module de formation des prestataires, édition 2011.
4. Organisation Mondiale de la Santé, « Guide pratiques pour les soins aux adolescents », Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (MCA), édition 2009.
5. Organisation Mondiale de Santé, Modules de formation pour la prise en charge syndromique des Infections Sexuellement Transmissible. 2008.
6. Ministère de la Santé Publique/PNLS, Guide National de prise en charge des Infections sexuellement transmissibles, selon l'approche par compétences, janvier 2006.
7. Ministère de la Santé Publique/Programme National de Lutte contre le Sida, Protocole de prise en charge de VIH.
8. Ministère de la santé publique/Programme national de santé de l'adolescent, Module de formation des pairs éducateurs sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, édition 2014.
9. Ministère de la Santé Publique/Programme National de lutte contre le SIDA, « Module de formation des formateurs en compétences pédagogiques appliquées aux conseils et dépistages volontaires de l'infection à VIH », édition 2008 ;
10. Ministère de la Santé Publique/Programme National de lutte contre le SIDA, « Module de formation en Diagnostic conseil initié par le Prestataires » édition 2012;
11. Ministère de la Santé Publique « Guide de Prise en charge et l'accompagnement psychologique chez l'adolescent et jeune » 2^{ème} Edition, 2014,
12. ONU-SIDA en collaboration avec le Département de l'information des Nations Unies, « Le VIH/SIDA et les jeunes: Un espoir pour demain » édition, 2003.
13. Ministère de la santé publique /Programme national de santé de la reproduction, « Module de formation des prestataires de soins de santé dans la prise en charge de survivant/victime de violence sexuelle et basée sur le genre », édition 2011.