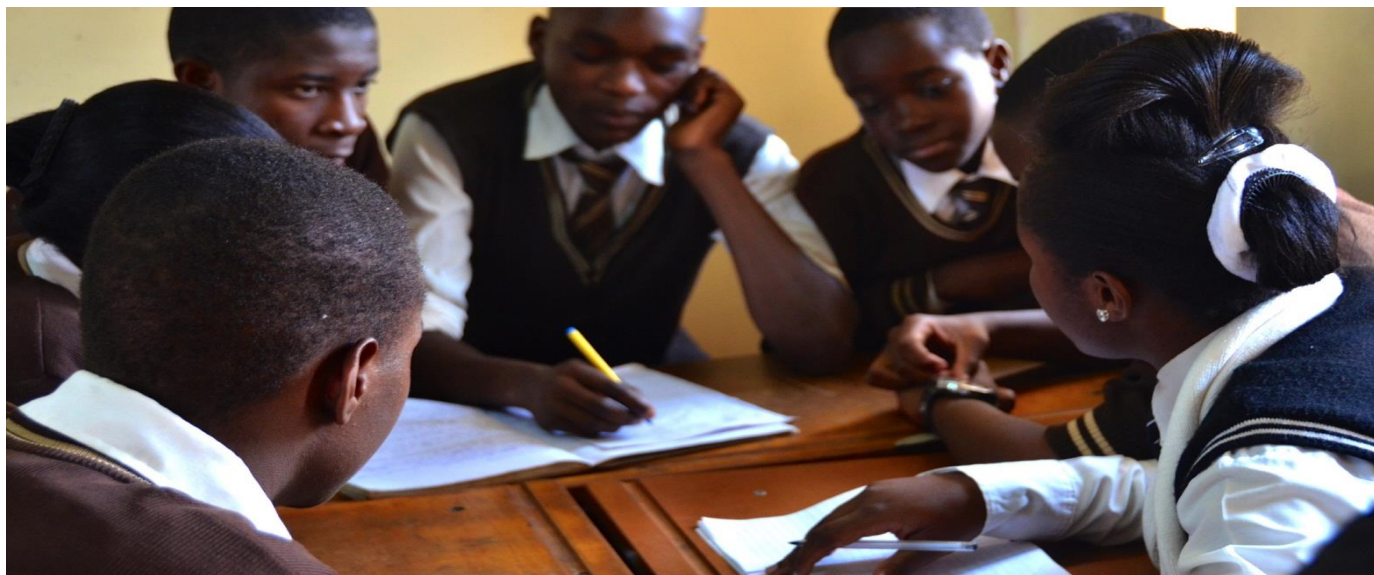


République Démocratique du Congo
Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA)



**LIVRET DES INFORMATIONS UTILES SUR LA SANTE
ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES
ADOLESCENTS ET JEUNES.**

**A L'USAGE DES PRESTATAIRES DES SERVICES DE SANTE
COMMUNAUTAIRES (PAIRS EDUCATEURS, MENTORS)**



Version révisée janvier
2023

TABLE DES MATIERES.

ACRONYMES-----	2
REMERCIEMENTS -----	3
INTRODUCTION -----	4
1 ^{ère} Partie DEFINITION DES APPROCHES -----	5
1.1. Education sexuelle par les pairs-----	5
1.2. Mentorat dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes -----	8
2 ^{ème} partie INFORMATIONS UTILES SUR LA SANTE ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES ADOLESCENTS ET JEUNES -----	10
Chapitre 1. Comprendre l'adolescence et ses transformations -----	10
1.1. Définition des concepts-----	10
1.2. Anatomie des organes génitaux de l'homme et de femme-----	12
1.3. Généralités sur le cycle menstruel-----	17
1.4. Changements importants survenant pendant l'adolescence-----	19
1.5. Quelques conseils sur l'hygiène corporelle et menstruelle -----	22
Chapitre 2. Comportements à risque chez les adolescents et jeunes -----	26
2.1. Consommation des substances psychoactives par les jeunes-----	26
2.2. Comportements sexuels à risque-----	29
Chapitre 3. Problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes -----	33
3.1. Grossesses précoces et non désirées -----	33
3.2. Avortements provoqués chez les adolescents et jeunes-----	35
3.3. Infections Sexuellement transmissibles chez les jeunes-----	38
3.4. Infection à VIH chez les adolescents et jeunes-----	40
3.5. Pratiques Traditionnelles Néfastes chez les jeunes-----	43
3.6. Violence Sexuelle et Violences basées sur le genre-----	47
Chapitre 4 Contraception chez les adolescentes et jeunes -----	51
Chapitre 5 Droits et besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive -----	53
Chapitre 6 Espace d'informations et communication pour l et jeunes -----	57
3 ^{ème} partie IMPLICATION ET PARTICIPATION DES ADOLESCENTS ET JEUNES DANS LES ACTIVITES DE SANTE -----	58
CIRCUIT DE RAPPORTAGE -----	62
REFERENCES BIBLIOGRAPHIE -----	63

ACRONYMES.

DIU	: Disposition intra utérin
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CDV	: Conseil Dépistage Volontaire
CIP	: Communication interpersonnelle
CS	: Centre de santé
EDS	: Enquête démographique et sanitaire
ELSS	: Etat de lieu du secteur santé
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
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
VAD	: Visite à domicile
VBG	: Violence basée sur le genre
VIH	: Virus d'immunodéficience Humaine
VS	: Violence sexuelle

REMERCIEMENTS.

Publié par :

Le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, à travers le Programme National de Santé de l'Adolescent-PNSA

Conception :

Dr Didier LUKEME, MPH-HE, spécialiste en santé et droits sexuels et reproductifs (Programme National de Santé de l'Adolescent).

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

Mr Fidèle MBADU (Directeur du PNSA), Dr Didier LUKEME (CD formation), Dr Noëlla KAVIRA (CD PEC), Dr Jonas KAPETSHI, Dr Liévin LUEKI, Dr POMME, Dr Mimie KABANGA, Mr Roger MATADI, Mme Véronique NGOMA, Dr Jean Marie KALALA, Dr Chimène WAPETSHI, Mme Rose KAVUGHO.

Groupe de travail Externe :

Mme Huguette KASONGO (Pathfinder International), Dr Frank AKAMBA (Pathfinder International), Mr Raoul KAMANDA (SANRU), Dr EBONDO NGOIE (Hôpital Roi Baudouin), Dr Olivier KINGULU (D11), Dr Mireille SAMBA (PNSR), Dr MAVULA (D10), Dr Chrysostome MANINGELA (D10), Mr Jean-Jacques HATA (MDM-France), Mr André MAMPAKA (SCEV), Dr Lisa MUHOYA (SANRU), Mr Hyppolyte NKOY (Save the Children), Mr Freddy DIBINGA (BOMOTO), Mr Braddy BILALA (IYAAP), Mr Didier PEMBA (RACJ), Mr Lauraince BONGA (AFIA MAMA), Mme Déborah BALELIA (RAJECOPOP)

Rédaction :

Dr Didier LUKEME, MPH-HE, spécialiste en SDSR (Programme National de Santé de l'Adolescent).

Appui financier :

UNICEF, Pathfinder International, Banque Mondiale.

.....

Ce document a été produit par le Programme National de l'Adolescent-PNSA, grâce l'appui financier de l'UNICEF, Pathfinder International et de la Banque Mondiale à travers le PDSS, dans le but de mettre à la disposition des prestataires des services de santé communautaires les informations essentielles pour l'offre des services de santé de qualité aux adolescents et jeunes de la RDC.

INTRODUCTION.

Le livret d'informations utiles sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (SSR) est destiné aux prestataires qui offrent les services de santé aux adolescents et jeunes dans la communauté. Il s'agit des pairs éducateurs et des mentors (Relais communautaires, Enseignants, Leaders communautaires, etc.).

Il a été élaboré par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, à travers les experts du Programme National de Santé des Adolescents (PNISA), en collaboration avec les acteurs œuvrant dans le domaine de santé de l'adolescent en RDC, y compris les adolescents et jeunes. Sa conception et élaboration a bénéficié de l'appui financier du projet «Amélioration de la santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et jeunes» ASSRAJ, de Pathfinder International-RDC. Et révisé grâce l'appui de l'UNICEF.

Ce livret d'informations utiles met à la disposition des prestataires des services de santé communautaire, l'essentiel sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, indispensables pour l'offre des services de santé communautaire à cette tranche d'âge (10-24 ans).

Il comprend trois parties principales : (i) la première partie définit les différentes approches, il s'agit de l'approche par les pairs éducateurs jeunes et le mentoring, (ii) la deuxième partie décrit les informations utiles sur la santé sexuelle et reproductives des adolescents et jeunes, et (iii) la troisième partie traite de l'implication et participation des adolescents et jeunes dans les activités en rapport avec leur santé.

Objectif de ce livret d'informations utiles est de mettre à la disposition des prestataires des services de santé communautaire, des informations essentielles sur la santé sexuelle et reproductive pour l'offre des services de santé de qualité aux adolescents et jeunes.

Première Partie.

DEFINITION DES APPROCHES.

L'offre des services de santé communautaire aux adolescents et jeunes en RDC recoure à plusieurs approches, parmi lesquelles : le club des jeunes, le centre des jeunes, les parents pour la première fois, bien grandir, la paire éducation, le mentoring, etc.

Le présent manuel décrit seulement les deux principales approches, les plus utilisées par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention pour augmenter l'accès des adolescents et jeunes à l'information et aux services de santé de qualité. Il s'agit de l'éducation sexuelle par les pairs ([la paire éducation](#)) et [les mentors](#) (mentorat dans le domaine de santé de l'adolescent).

1.1. EDUCATION SEXUELLE PAR LES PAIRS OU LA PAIRE EDUCATION.

L'éducation sexuelle par les pairs (adolescents et jeunes), est l'une des approches utilisées par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la RDC, pour **augmenter l'accès** des adolescents et jeunes à **l'information et aux services** de santé de la reproduction adaptés à leurs besoins.¹



Elle permet souvent de susciter un changement au niveau de l'individu en tentant de modifier ses connaissances, ses attitudes, ses croyances, ou ses comportements.

Elle peut également générer un changement au niveau d'un groupe ou d'une société, en modifiant les normes et en suscitant une action collective aboutissant à des changements de programmes et de politiques.

Dans le cadre de ce manuel, l'éducation par les pairs est le processus par lequel des **jeunes bien-formés et motivés** assurent des **activités, informelles ou organisées**, d'éducation avec leurs pareils (âge, connaissances ou intérêts).

1.1.1. Importance de l'éducation par les pairs jeunes :

Le jeune aime apprendre d'un autre jeune comme lui qui partage les mêmes vécu, et est confronté au même problème de santé, y compris en matière de sexualité. C'est pourquoi le concept d'éducation par les pairs a été développé pour permettre aux jeunes d'apprendre par les jeunes. Car il s'est avéré qu'ils communiquent mieux entre eux qu'avec les adultes.

¹ UNAIDS/99.46E, décembre 1999 : Peer Education and HIV/AIDS : Concepts Uses & Challenges Traduction – ONUSIDA

1.1.2. Définition d'un pair éducateur.

Le pair éducateur est un **jeune formé** pour **aider ses camarades** dans sa communauté à adopter un comportement sain et responsable en matière de santé en général, y compris celle de la reproduction.

Le pair éducateur appartient au même groupe social avec ses pairs (amis) dont ils sont de la même génération, et partagent les mêmes préoccupations et les mêmes normes.

1.1.3. Profil d'un pair éducateur.

Un jeune désirant devenir pair éducateur devra répondre aux critères de sélection ci-après : (i) être choisie dans sa communauté, (ii) savoir lire et écrire (langue officielle ou locale), (iii) avoir des capacités de communiquer et de transmettre, (iv) être âgé d'au moins 16 ans et au plus de 22 ans, (v) être membre d'une association ou d'un club de jeunes, (vi) être capable de travailler bénévolement, (vii) faire preuve d'une bonne moralité.

1.1.4. Qualités d'un pair éducateur.

Le pair éducateur devra être discret, poli, crédible, sociable, honnête, disponible et apprécié dans la communauté. Il devra aimer son travail. Il devra savoir organiser son emploi du temps, donner l'exemple (être un modèle clair), il devra être prêt à améliorer ses connaissances, à enseigner et à écouter les points de vue de ses pairs sur la SSR.

1.1.5. Activités et tâches d'un pair éducateur :

Un pair éducateur devra réaliser deux activités principales. Il devra (i) communiquer avec les adolescents et jeunes sur les différentes thématiques liées à la santé de la reproduction et (ii) prendre en charge un adolescent ou un jeune confronté à un problème de santé de la reproduction.

Quand il sera appelé à communiquer avec les adolescents et jeunes, un pair éducateur devra réaliser 7 tâches critiques suivantes : Animer une causerie éducative, Conduire un counseling avec un adolescent ou un jeune, Animer une conférence-débat, Animer une vidéo-forum, Conduire une visite à domicile, Conduire une séance de plaidoyer. Il devra également.

Outre ces tâches, le pair éducateur devra également assurer un accompagnement psycho-social, une distribution à base communautaire des contraceptifs (préservatifs, Spermicides, pilules) en respectant les normes requises pour une gestion rationnelle, ainsi qu'assurer la référence de tous les cas qui dépassent ses compétences vers les centres spécialisés.

1.1.6. Avantages d'un pair éducateur :

Le pair éducateur a comme avantages de : (i) Acquérir des connaissances sur la SR des jeunes et adolescents, (ii) Améliorer ses compétences en technique de communication et (iii) Se faire de nouvelles connaissances.

1.1.7. Rôles d'un pair éducateur.

Un pair éducateur a pour principaux rôles, de : (i) Motiver ses camarades et contribuer à l'éveil de conscience, (ii) Assister les jeunes qui sont dans le besoin en matière de SR et démystifier la sexualité, (iii) Contribuer aux changements positifs, au soutien et au renforcement des comportements positifs, (iv) Servir de relais : (Entre jeune et centre, entre jeune et parents), (v) Appuyer les structures d'encadrement des jeunes.

1.1.8. Conseils :

Un pair éducateur doit éviter de :

- Porter un jugement de valeur sur les opinions de ses camarades,
- Décider à leur place,
- Moraliser ses camarades,
- Se substituer au personnel de santé,
- Prendre de l'argent pour ce qu'il fait,
- Manquer un rendez-vous sans explications valables.

1.1.9. Sources d'informations en matière de SSRAJ pour un pair éducateur :

Le pair éducateur devra trouver la matière sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, soit : (i) Dans les manuels de référence (fiches technique, modules de formation, etc.), (ii) Pendant les séances de mise à jour organisées à intervalles réguliers, (iii) Auprès des prestataires des soins de santé cliniques, les formateurs des pairs éducateurs, les autres pairs éducateurs, etc.

1.2. MENTORING/MENTORAT DANS LE DOMAINE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES.

Cette stratégie a été conçue pour le renforcement des capacités des mentors dont la mission consiste à accompagner les jeunes et les adolescents en matière d'amélioration de leurs connaissances, attitudes et pratiques dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive afin de jouer un rôle actif et positif et devenir des agents de changement dans leurs communautés respectives grâce aux informations reçues et l'utilisation des services adaptés à leurs besoins.

Le mentoring permet le transfert d'expérience le plus rapidement, le plus directement exploitable et le plus pérenne.

1.2.1. Définition opératoire d'un Mentor dans le domaine de SSRAJ:

Dans le domaine de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, le terme « Mentor » désigne un adulte formé en SSR pour **éduquer, former et conseiller** (aider) un adolescent ou jeune dans sa communauté à adopter un comportement sain et responsable.

Dans ce cadre, le terme « Mentor » prend en compte trois catégories de prestataires des services de santé communautaires, il s'agit de : Relais communautaire, Leader communautaire, Enseignant.

- **Relai communautaire :**

Toute personne homme ou femme volontaire, habitant le village ou la rue, choisie par les habitants de cette entité, et qui assure le pont entre les individus membres d'une famille et le service de santé. De ce fait, il accepte de consacrer une partie de son temps aux activités d'intérêts communautaires, en vue de contribuer de façon durable aux objectifs de développement de son village/rue².

- **Leaders communautaires :**

Toute personne homme ou femme, habitant le village ou la rue, qui jouit d'une position charismatique et qui agit en faveur de sa communauté et l'amener à participer aux efforts de développement de sa communauté.

Il a la capacité d'influencer, d'inciter, d'agir et de faire agir³. Il peut s'agir des leaders religieux (responsables des confessions religieuses), autorités politico-administratives, leaders traditionnels (responsables coutumiers), leaders d'opinions (célébrités).....

- **Enseignants :**

Toute personne homme ou femme chargée de transmettre l'instruction et l'éducation aux élèves/étudiants.

² Ministère de la santé, Programme National de Santé de la Reproduction : Module de formation des relais communautaires et pairs éducateurs sur les violences sexuelles et basées sur le genre, édition décembre 2011.

³ Ministère de la Santé Publique, D5 « Document des stratégies de procédure des structures de participation et approche communautaire », RDC-Edition 2016, page 10.

1.2.2. Profil d'un Mentor.

Un mentor est une personne qui sert de modèle, qui guide et fournit un soutien et de l'encouragement à un adolescent ou jeune.

Un mentor est un homme ou une femme engagé pour l'éducation et le progrès des jeunes gens, qui est un bon modèle, et qui est prêt à investir son temps et son énergie à travailler avec les jeunes, individuellement ou en groupe pour les encourager, les motiver, et les aider dans le travail de sensibilisation au niveau communautaire et la vie quotidienne.

1.2.3. Qualités d'un Mentor.

Le Mentor devra être discret, poli, crédible, sociable, honnête, disponible et apprécié dans la communauté. Il devra aimer son travail. Il devra savoir organiser son emploi du temps, donner l'exemple (être un modèle clair), il devra être prêt à améliorer ses connaissances, à enseigner et à écouter les points de vue des adolescents et jeunes sur la SSR.

1.2.4. Activités et tâches d'un Mentor.

Dans le domaine de SSRAJ, un Mentor devra réaliser deux activités principales :

- Communiquer avec les adolescents et jeunes sur leur santé sexuelle et reproductive. A propos, il devra réaliser 7 tâches suivantes : Animer une causerie éducative, Conduire un counseling avec un adolescent ou un jeune, Animer une conférence-débat, Animer une vidéo-forum, Conduire une visite à domicile, Conduire une séance de plaidoyer. Il devra également.

- Prendre en charge un adolescent ou jeune confronté à un problème de SSR, à travers (i) l'accompagnement psycho-social, (ii) la distribution à base communautaire des contraceptifs (préservatifs, Spermicides, pilules) en respectant les normes requises pour une gestion rationnelle, et (iii) la référence de tous les cas qui dépassent ses compétences vers les centres spécialisés.

1.2.5. Conseils :

Le Mentor doit éviter de : (i) Porter un jugement de valeur sur les opinions des adolescents et jeunes, (ii) Décider à la place de l'adolescent ou du jeune, (iii) Moraliser l'adolescent ou le jeune, (iv) Se substituer à un prestataire des soins de santé, (v) Prendre de l'argent pour ce qu'il fait, (vi) Manquer un rendez-vous sans explications valables.

1.2.6. Sources d'informations en matière de SSRAJ pour un Mentor :

Le Mentor devra trouver la matière sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, soit : (i) Dans les manuels de référence (fiches techniques, livret d'informations utiles sur la SSRAJ, modules de formation, etc.), (ii) Pendant les séances de mise à jour organisées à intervalles réguliers, (iii) Au près des prestataires des soins de santé cliniques, les formateurs des pairs éducateurs, les autres pairs éducateurs, etc.

Deuxième partie.

INFORMATIONS UTILES SUR LA SANTE ET DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES ADOLESCENTS ET JEUNES.

La deuxième partie du présent livret traite des informations essentielles sur l'adolescence et ses transformations, des comportements à risque des jeunes (consommation des substances psychoactives, les comportements sexuels à risques), des problèmes de santé sexuelle et reproductive auxquels les adolescents et jeunes sont confrontés en RDC, de la contraception chez les adolescents et jeunes, ainsi que les droits et besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive.

Chapitre I.

COMPRENDRE L'ADOLESCENCE ET SES TRANSFORMATIONS.

L'adolescence est une phase de vie pendant laquelle l'être humain subit beaucoup de transformations physiques, psychologiques et socio-cultures, etc. Si une personne n'est pas informée de tous ces changements, elle est souvent prise de panique pendant leur survenue.

L'objectif de ce chapitre est de mettre à la disposition des prestataires communautaires, des informations essentielles sur la composition et les rôles des organes génitaux, sur les principaux changements qu'une personne subit pendant cette période capitale de la vie humaine, sur le cycle menstruel, ainsi que mettre à leur disposition les conseils à donner aux adolescents et jeunes pour une meilleure hygiène corporelle.

Ce présent chapitre traite de cinq (5) points, ci-après : (i) les définitions autour de l'adolescence, (ii) l'anatomie et fonctions des organes génitaux de l'homme et de la femme, (iii) les changements importants survenant pendant l'adolescence (changements physiques, psychologies, et les changements socio-culturels), (iv) les généralités sur le cycle menstruels et (v) quelques conseils sur l'hygiène corporelle.

I.1. DEFINITIONS DES CONCEPTS AUTOUR L'ADOLESCENCE ET DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.

- **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.

- **Adolescence :**

La Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant (CRC) regroupe tous les individus âgés de 0 à 18 ans dans la catégorie des « enfants ». Par conséquent, les adolescents sont sous le couvert de la CRC jusqu'à l'âge de 18 ans.

La « jeunesse » comprend les 15 à 24 ans. Les « jeunes » englobent les 10 à 24 ans. Ces deux termes reflètent le développement continu et la maturation des individus au cours de la période allant de leurs 18 ans au seuil de l'âge adulte.

En RDC, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention fait sienne la définition proposée par l'OMS. Les « **adolescents** » sont des personnes appartenant au groupe d'âge de 10-19 ans, les « **jeunes** » comme ceux appartenant au groupe de 20-24 ans et les « **jeunes gens** » comme ceux appartenant au groupe d'âge de 15-24 ans.

Ces deux groupes d'âges qui se recoupent forment le groupe des « jeunes », qui rassemble les personnes appartenant à la tranche d'âge de 10-24 ans. L'adolescence est la période de la vie au cours de laquelle le corps des garçons et des filles se met à changer et pendant laquelle il atteint la maturité sexuelle. Elle commence à 10 ans et s'achève à 19 ou 20 ans lorsque le corps cesse de croître.

Elle est une phase de la vie caractérisée par des changements biologiques (physiologiques), physiques, psychologiques et socioculturels spécifiques (OMS).

- **Puberté :**

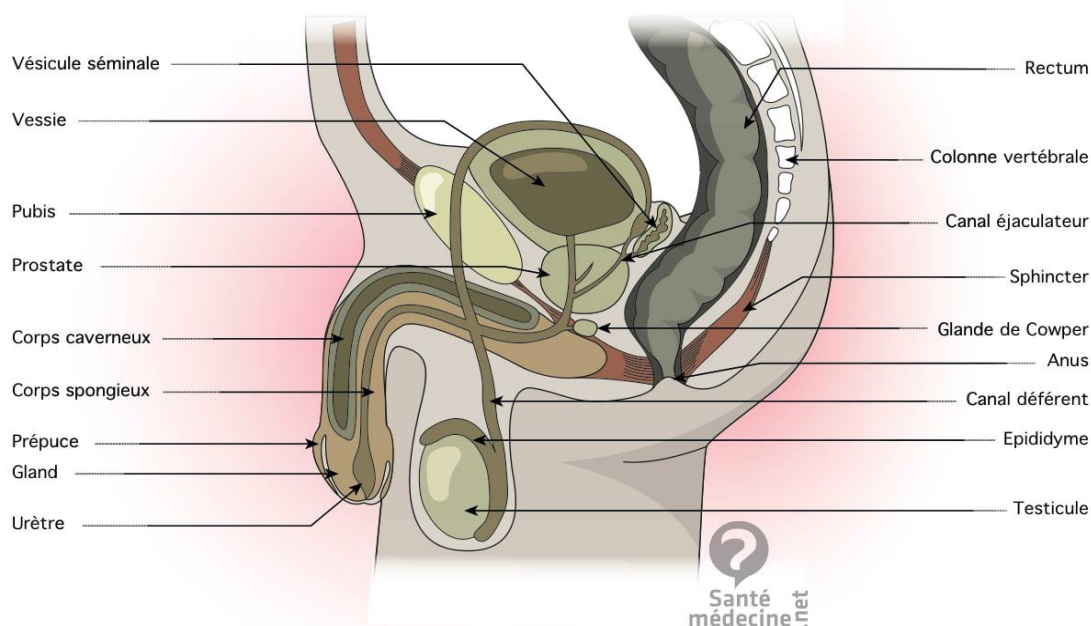
C'est le début de l'adolescence, c'est la période de croissance des garçons et des filles, période au cours de laquelle leurs corps et leurs sentiments connaissent des transformations, du fait qu'ils arrivent déjà en âge de faire des enfants. C'est la période d'apparition des caractères sexuels spécifiques à chaque sexe.

I.2. ANATOMIE ET FONCTION DES ORGANES GENITAUX DE L'HOMME ET DE LA FEMME.

- **L'anatomie** : C'est une science destinée à l'étude des différentes parties composant des organismes vivants, de types animal ou végétal.
- **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. Anatomies des organes génitaux de l'homme.

Les organes génitaux chez l'homme sont de deux types : **Externes** (le pubis, le pénis ou la verge, les bourses ou le scrotum et l'orifice urétral ou méat urinaire) **et Internes** (les testicules, l'urètre, les canaux déférents, les vésicules séminales, la prostate, les glandes de Cowper et les épидидymes).



Les organes génitaux externes

Le pénis :

Organe érectile de forme cylindrique qui se termine par une tête appelée gland. Il a pour rôles de copulation (rapport sexuel), l'évacuation du sperme et des urines.

Les bourses ou scrotum :

Organe en forme de sac suspendu à la base du pénis, elles contiennent les testicules en maintenant une température basse par rapport au reste du corps.

Les organes génitaux internes.

Les testicules, l'urètre, les canaux déférents, les vésicules séminales, la prostate, les glandes de Cowper et les épидидymes.

- **Les testicules :**

Au nombre de deux, 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).

- **L'urètre :**

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.

- **Les canaux déférents :**

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.

- **Les 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.

- **La prostate :**

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.

- **Les glandes de Cowper :**

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

- **Les épидидymes :**

Organe allongé d'avant en arrière, qui coiffe le bord supérieur du testicule, elles servent de lieu de maturation des spermatozoïdes.

Message très important :

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.

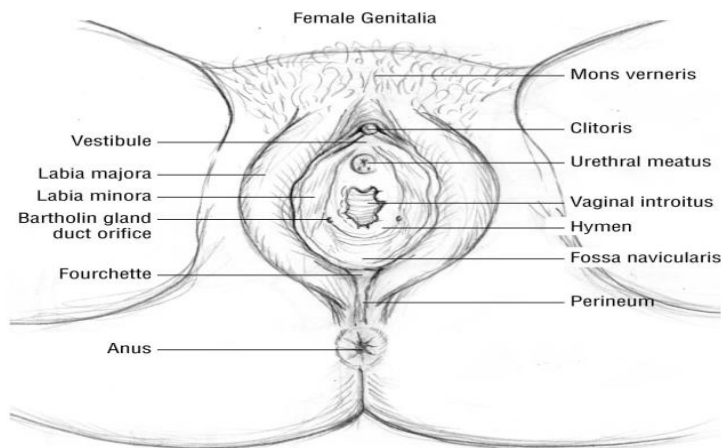
Un spermatozoïde normal est sous forme de têtard avec une tête et une queue ; il a une durée de vie de 2 à 3 jours en moyenne. Certains peuvent résister jusqu'à cinq jours.

1.2.2. Anatomie des organes génitaux de la femme.

Les organes génitaux chez la femme sont de deux types comme chez l'homme: **Externes et Internes.**

Les organes génitaux externes

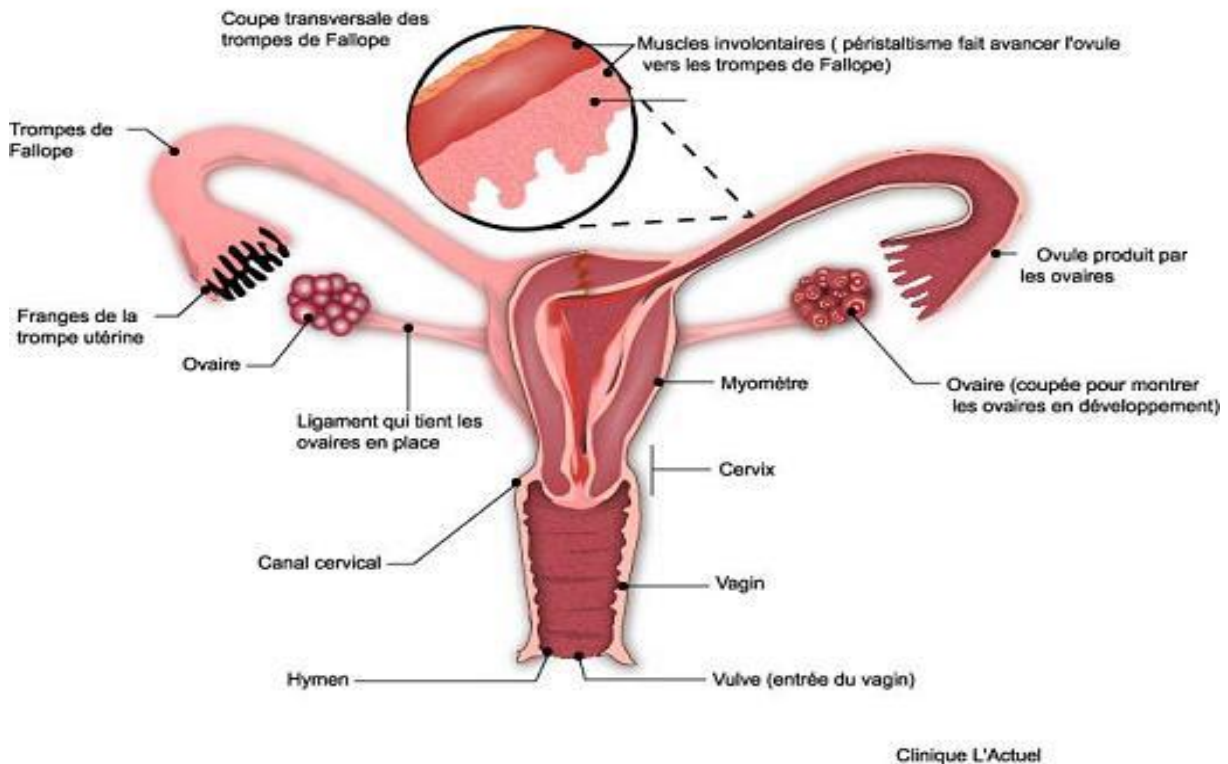
L'ensemble des organes génitaux externes de la femme s'appelle la vulve. Les différentes parties de la vulve sont: le mont de venus, les grandes lèvres, les petites lèvres, les glandes de Bartholin, le clitoris, le méat urinaire et l'orifice vaginal.



- **Mont de venus :**
C'est la partie de la vulve couverte des poils (pubis),
- **Grandes lèvres:**
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 :**
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 :**
Ce sont des glandes situées à la face interne de la base de petite lèvre. Elle secrète un liquide qui lubrifie le vagin au moment de rapport sexuel
- **Clitoris :**
C'est un petit corps cylindrique qui est logé entre les petites lèvres au-dessus de l'orifice urinaire. C'est un organe érogène.

Les organes génitaux internes

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



- **Vagin :**

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).

- **Utérus ou la matrice :**

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 fond 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 :**

Il en existe deux (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 :**

Ce sont deux petites glandes situées de chaque côté de l'utérus. La maturation, développement et libération de l'ovule au moment de l'ovulation. Ils sécrètent des hormones féminines.

Message très important

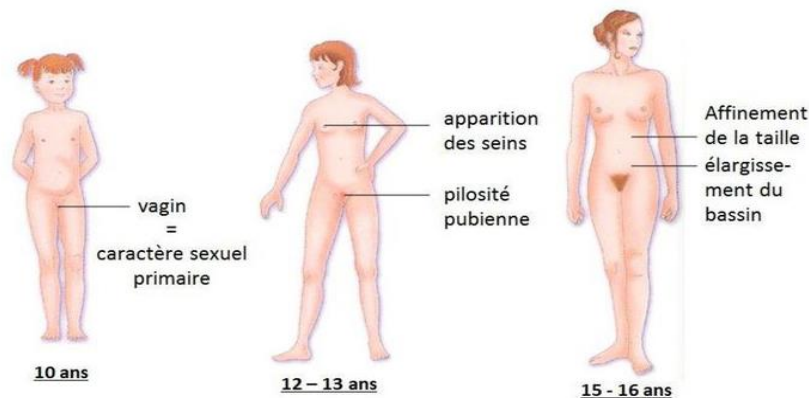
Dans la vie de la femme, il y a différentes périodes : l'enfance, l'adolescence, l'âge mur et la ménopause. L'adolescence est marquée par la puberté qui signe le début de l'activité sexuelle.

I.3. 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 subi diverses transformations sur le plan physique, psychologique et socio-culturel. Les principaux changements sont :**

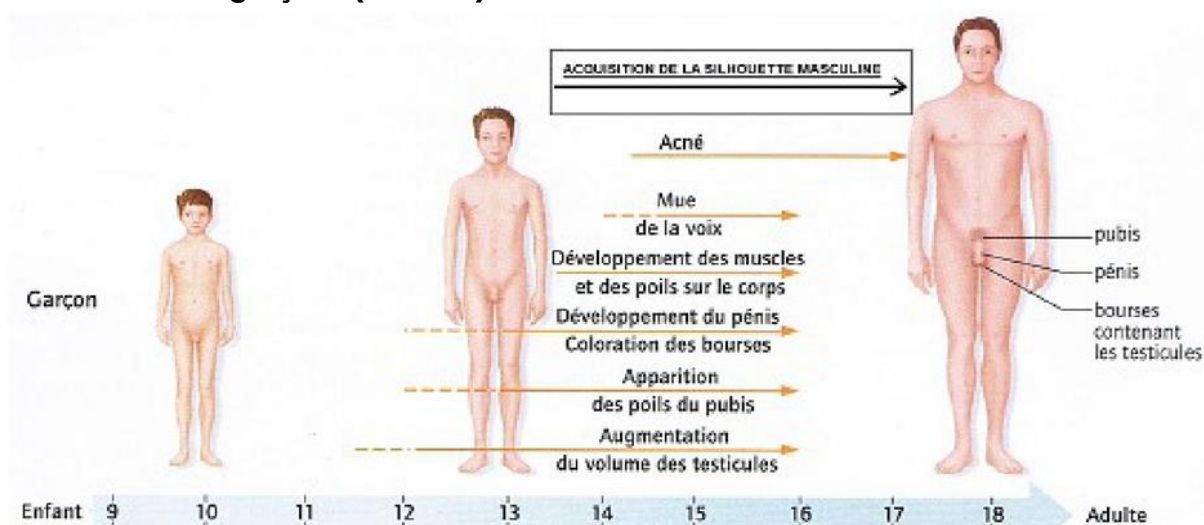
1.3.1. Transformations physiques.

- Chez la fille (la femme)



Les principales transformations sont : le développement des organes génitaux, l'apparition des règles, l'augmentation du volume des seins, l'apparition des poils (pubiens, sous axillaires), l'élargissement du bassin, changement de la voix, etc.

- Chez les garçons (homme).



Les principales transformations chez les garçons sont : le développement des organes génitaux, l'apparition des poils (pubis, sous axillaire, menton/barbe), l'élargissement des épaules, la pollution nocturne, le changement de la voix (rauque), etc.

1.3.2. Transformations psychologiques.

Changements PSYCHOLOGIQUES chez les garçons et les filles

- ♥ L'importance des amis.
- ♥ L'envie de plaire.
- ♥ L'importance de l'apparence physique.
- ♥ L'envie d'avoir son espace à soi.
- ♥ Parfois plus de conflits avec sa famille.
- ♥ Curiosité et gêne face à la sexualité.



- Attirance vers le sexe opposé,
- Perte de relation de dépendance envers les parents et le besoin d'affirmation de soi,
- Recherche d'une nouvelle identité (le nom), et Comportement batailleur,
- S'attarde très souvent dans toute discussion en rapport avec la sexualité.
- Intérêt pour les garçons, la pudeur, la coquetterie (maquillage).
- Intérêt pour les filles, l'affectivité (désir d'attirance), etc.

Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal
Québec

1.3.3. Transformations socio-culturelles.

- La fille comme le garçon recherchent de s'identifier à un groupe,
- Ils luttent pour l'émancipation économique, et
- Ils développent l'identité sociale et sexuelle.

1.3.4. Caractéristiques comportementales des adolescents.

Pendant l'adolescence, l'individu peut développer certains comportements dont voici les principaux :

- L'insouciance et le manque de discipline: tendance à ne pas prévoir leurs actions ni leurs conséquences;
- L'affirmation de soi: les garçons veulent tester leur virilité et les filles leur fertilité,
- L'affirmation de l'identité : les ados mettent en pratique des principes appris dans la petite enfance et acquièrent des compétences qui feront d'eux des adultes responsables et soucieux d'autrui ;
- L'attitude de défi : ils ont souvent le désir de braver les risques (essayent le tabac, les drogues, l'alcool),
- L'attitude anti sociale : Ex: l'orgueil;
- L'autonomie limitée: les adolescents ne sont pas en position de pouvoir négocier l'emploi des méthodes contraceptives;
- La gêne, le manque de confiance en soi;
- Le sentiment d'invulnérabilité: les ados ne croient pas courir de risques, croient que cela n'arrive qu'aux autres;
- Le rejet de toute autorité : parents, enseignant, etc.

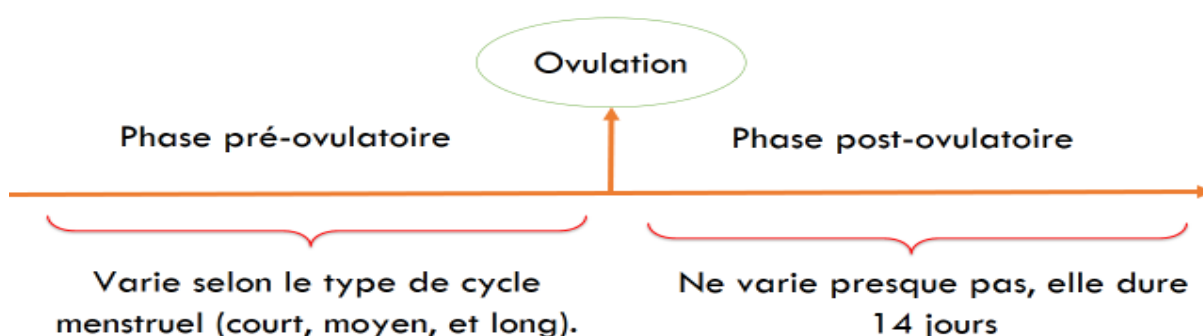
I.4. GENERALITES SUR LE CYCLE MENSTRUEL

Par définition un cycle menstruel est la période qui sépare deux apparitions consécutives des règles. Elle se tend du premier jour des règles jusqu'à la veille des prochaines règles, et cela de la puberté à la ménopause.

L'arrivée des règles à la puberté, vers 11-13 ans, marque le début du cycle menstruel. Elles reviennent de façon cyclique en moyenne tous les 28 jours. Les règles **durent généralement 3 à 5 jours**, et proviennent de la destruction de la couche interne de l'utérus, appelée "muqueuse utérine" ou "endomètre". **La muqueuse utérine** permet la nidification de l'ovule fécondé. Lorsqu'il n'y a pas de fécondation, elle desquame et est évacuée sous forme de saignements plus ou moins abondants

Les phases d'un cycle menstruel

Un cycle menstruel comprend trois (3) par phases majeures : la phase folliculaire (pré ovulatoire), la phase d'ovulation et la phase lutéale (post ovulatoire). Des phases dont les durées peuvent, chez certaines femmes, être plus ou moins régulières, rendant ainsi le calcul de la période d'ovulation plus ou moins fastidieux.



La **phase pré-ovulatoire**, première phase du cycle, l'endomètre augmente en épaisseur. Un ou plusieurs

- La **phase pré-ovulatoire**, première phase du cycle, l'endomètre augmente en épaisseur. Un ou plusieurs follicules (futur ovule) se développent au niveau de l'ovaire. Cette phase peut être prolongée en cas de cycles longs.
- **La phase d'ovulation** (l'ovocyte est libéré par l'ovaire)
Après avoir passé la première phase (pré-ovulatoire ou folliculaire) du cycle menstruel à préparer plusieurs ovules (au 8e ou 10e jour du cycle, un seul d'entre eux continue de se développer tandis que les autres s'arrêtent de progresser), l'ovaire va finalement ne libérer qu'un ovocyte mature, aussitôt happé par la trompe de Fallope. C'est l'expulsion de cet ovule que désigne l'ovulation. Certaines femmes ressentent alors une légère douleur ou un

tiraillement. Si l'ovocyte n'est pas fécondé dans ses 24 heures de durée de vie, il meurt. [S'il est fécondé](#), il lui restera encore à s'implanter dans la muqueuse utérine après 6 jours de progestation (développement de l'œuf et descente dans la cavité utérine). Mais là encore, fécondation ne rime pas forcément avec implantation (aussi appelée nidation). Il ne vous restera plus qu'à [faire le test pour savoir si vous êtes enceinte](#).

- La phase post-ovulatoire dure 14 jours pour un cycle régulier de 28 jours mais peut toutefois durer entre 10 et 20 jours en cas de cycles très irréguliers.

La durée du cycle menstruel.

1. Cycle normal varie entre 24 et 35 jours.
2. Cycle "long" lorsqu'il est **supérieur à 35 jours**. Les cycles peuvent parfois durer 56 jours, voire plus...
3. Cycle court est un cycle **inférieur ou égal à 21 jours**.

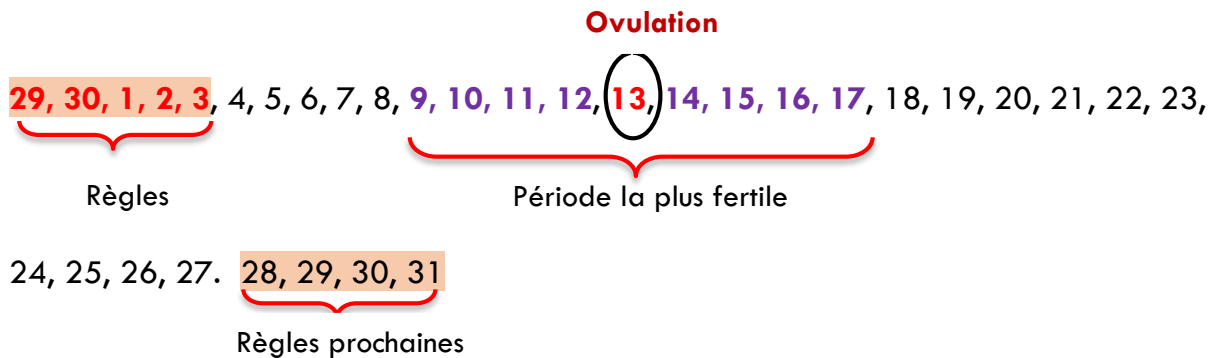
Comment calculer la date de son ovulation ?

Si l'ovulation survient généralement **au 14^{ème} jour d'un cycle de 28 jours**, cela ne signifie pas qu'elle a systématiquement lieu à la moitié du cycle (c'est-à-dire au 15^e jour d'un cycle de 30 jours ou au 16^e jour d'un cycle de 32 jours par exemple). La libération de l'ovule survient environ **14 jours avant les prochaines règles** (donc au 16^e jour d'un cycle de 30 jours puisque $30-14=16$).

Voilà pourquoi on ne peut connaître la période où on ovule **que de façon rétrospective** (en prenant un calendrier par exemple), au moment des règles suivantes. C'est aussi pourquoi il est si compliqué pour les femmes aux cycles irréguliers de calculer leur date d'ovulation, ne pouvant pas anticiper la date de leurs prochaines règles. Pour réussir à bien la repérer, pourquoi ne pas utiliser la méthode des courbes de températures ou [un test d'ovulation](#).

Exercice pratique :

Diane LKM, une adolescente de 18 ans, a un cycle menstruel régulier et normal de 29 jours. Elle a vu ses dernières règles le 29 avril passé. Elle vous approche pour l'aider à estimer la date probable de la survenue de ses règles prochaines et la période fertile. Comment allez-vous procéder ?



Un cycle est dit régulier lorsque sa durée est normale et irrégulier lorsque les règles surviennent en désordre.

Le cycle peut être perturbé par le stress (ex : attente de résultat), les émotions (ex cas de deuil) ou certaines maladies chroniques (ex : la tuberculose) ou les maladies gynécologiques.

Chaque mois l'utérus ou matrice se prépare à recevoir l'œuf, si la fécondation n'a pas eu lieu la couche interne de l'utérus s'élimine sous forme des règles. Les règles ou menstruations durent normalement 3 à 7 jours.

Les règles peuvent s'accompagner de quelques signes suivants : maux de tête, vertige, douleurs et tension des seins, douleurs au bas ventre, douleurs lombaires, nausée et vomissements, nervosité, diarrhées parfois, boutons au visage(acnés), etc.

I.5. QUELQUES CONSEILS SUR L'HYGIENE COPORELLE ET MENSTRUELLE.

1.5.1. Conseils à donner aux garçons sur l'hygiène corporelle :

Existe-t-il des règles à suivre pour un jeune garçon et son hygiène intime ? Doit-on prendre une douche tous les jours ? Y-a-t-il une méthode secrète pour garder un pénis propre ? Pas vraiment, mais voici cependant quelques astuces pour rester propre au quotidien et les conseils d'hygiène intime masculine.

a) Hygiène de l'homme : doit-on prendre une douche tous les jours ?

Il faut prendre une douche régulièrement est une bonne idée pour prendre soin de son hygiène intime masculine. Cependant, les garçons doivent garder à l'esprit que leur peau contient des huiles et des bactéries essentielles à leur santé et que les faire partir avec de l'eau chaude et du savon peut assécher votre peau.

Plus de deux douches par jour est donc déconseillé. Une douche à l'eau tiède et au savon doux chaque jour n'agressera pas votre peau, et vous aidera au contraire à se sentir frais !

Si le garçon 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).

b) Toilette intime de l'homme : technique pour garder un pénis propre.

Il est déconseillé d'utiliser des savons agressifs pour le lavage intime masculin car ils peuvent provoquer des irritations. Utilisez de l'eau tiède et un savon doux ou adapté pour lavage intime masculin au quotidien et après chaque rapport sexuel pour nettoyer vos parties intimes correctement. N'oubliez aucun recoin, notamment sous le prépuce où les saletés et mauvaises odeurs ont tendance à se loger. De même, il est important de bien vous sécher, de préférence en tapotant plutôt que frottant pour éviter encore une fois les irritations.

N'oubliez pas également de vous essuyer avec une feuille de papier toilette doux après avoir uriné, pour garder une bonne hygiène tout au long de la journée : secouer ne fait que la moitié du travail !

c) Quelle est la meilleure routine d'hygiène masculine intime quand il fait chaud ?

Commencez la journée par une douche rafraîchissante. Utilisez si possible un déodorant qui permet de réduire la transpiration et les odeurs et essayez de porter des vêtements frais, légers et non synthétiques, car les matières comme le polyester ou l'acrylique empêchent la peau de respirer.

Changer des sous-vêtements tous les jours. Ne pas porter les sous-vêtements trop serrés car cela étouffe les testicules et perturbe la spermatogenèse,

Si vous transpirez beaucoup, vous pouvez vous rafraîchir rapidement avec une petite serviette humide et passer de nouveau un coup d'anti-transpirant. Vous pouvez également reprendre une douche le soir, mais toujours avec un savon doux pour ne pas agresser votre peau.

d) Toilette intime de l'homme : technique pour un bon essuyage

Comme l'on peut s'y attendre, l'entrejambe fait aussi partie de l'hygiène masculine. De l'avant à l'arrière, voici comment bien s'essuyer pour un homme :

- Utilisez un papier **toilette doux et résistant** pour être sûr d'être à la fois propre et confortable
- 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,**
- Terminez avec un papier toilette humide pour être sûr d'être parfaitement propre.

e) À quelle fréquence doit-on couper ses ongles ?

Chez l'homme, la toilette intime passe aussi par les ongles. Coupez vos ongles régulièrement s'ils vous gênent au quotidien. De manière générale, se couper les ongles 1 fois par semaine devrait suffire.

NB. 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.

1.5.2. Conseils à donner aux filles sur l'hygiène corporelle et l'hygiène menstruelle.

a) Hygiène corporelle

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.

b) Hygiène menstruelle (pendant les règles)

Par définition, **les menstruations ou menstrues ou règles** : c'est un écoulement sanguin mensuel chez une femme non enceinte, en âge de procréer, dû à l'élimination de la muqueuse utérine, lorsqu'il n'y a pas eu fécondation.

Hygiène menstruelle quant à elle est l'utilisation des produits propres pour absorber ou recueillir le sang menstruel, qui peuvent être changés en toute intimité aussi souvent que nécessaire pour toute la durée de la menstruation (OMS).

c) Comment avoir une bonne hygiène menstruelle ?

Il faut signaler tout d'abord que la **venue des premières règles** (ménarche) peut être une surprise pour la jeune fille, mais devra savoir quoi faire pour cela. Une fille est censée surveiller la date des prochaines règles en suivant le calendrier ou en observant les signes annonciateurs des règles.

Pendant les règles, il est très capital à une fille de faire la **toilette intime** de façon irréprochable, car le sang, à la température du corps est un milieu de culture idéal pour les bactéries et son passage fragilise le milieu vaginal.

La toilette quotidienne doit donc se faire 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. Cette toilette intime doit être douce et quotidienne. Sans utilisation des produits irritants pour ne pas endommager la muqueuse vaginale.

Ainsi, l'hygiène menstruelle doit se faire dans le respect des principes suivants :

- Changer de protection hygiénique de manière régulière : se laver les mains au préalable et changez de protection de préférence toutes les 2 à 4 heures, mais cela peut se faire toutes les 4 à 6 heures en fonction du type de protection et de l'importance de la quantité de sang.
Si vous garder la protection plus longtemps vous vous exposez à des irritations et des infections.
- Garder la zone vulvaire propre : de préférence utiliser des sous-vêtements en coton qui offrent l'avantage d'éviter les irritations, protègent le vagin et préviennent des infections vulvo-vaginales.
S'essuyer d'avant en arrière avec des lingettes pour vous rafraichir rapidement ou prendre un bain si nécessaire à chaque fois que vous changez de protections hygiéniques.
- Si **serviettes réutilisables** : laver les tissus après utilisation et ne pas les partager avec les autres personnes. Si serviette non réutilisable, la jeter dans la poubelle après son utilisation.
- Se laver les mains avant et après chaque changement de serviette ;
- Avoir une trousse d'essentiel à emporter partout avec soi.

Chapitre 2.

COMPORTEMENTS A RISQUE CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.

Introduction.

Les adolescents et jeunes en RDC adoptent très souvent les comportements à risque, dont deux sont abordés dans ce point. Il s'agit de la consommation des substances psychoactives par les adolescents et jeunes, ainsi que les comportements sexuels à risque (rapports sexuels précoces et non protégés et le multi partenaire sexuel).

Le présent chapitre traite des comportements à risques adoptés par les adolescents et jeunes dont la consommation des substances psychoactives et les comportements sexuels à risques, des principaux problèmes de SSR auxquels les adolescents et jeunes sont confrontés, les déterminants des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.

2.1. CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PAR LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

1) Définition des concepts

- Substance psychoactive :

C'est toute substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect.

L'usage de substances psychoactives peut entraîner un syndrome de dépendance un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques qui se développent à la suite d'une consommation répétée de substances.



L'abus de substances psychoactives se réfère à l'usage nocif ou dangereux de substances psychoactives dont l'alcool et les drogues illicites. Les substances à effets psychoactifs comme le tabac, l'alcool, la cocaïne, le cannabis etc. agissent directement sur le cerveau en modifiant le comportement, les humeurs, les perceptions et l'activité mentale des utilisateurs.

- **Toxicomanie :**

C'est un état de dépendance causé par la consommation abusive des drogues (toute substance ayant un effet sur le système nerveux central) dans le but d'obtenir un effet sur le comportement, la perception et la conscience. Le recours aux drogues s'accompagne toujours d'une dépendance.

On distingue deux types de dépendance, (i) Dépendance psychique : c'est l'incapacité pour un individu de se passer de la drogue ex : un individu qui n'arrive pas à dormir s'il n'a pas pris l'alcool. (ii) Dépendance physique : elle est caractérisée par des signes physiques inhabituels chez un individu en privation de la drogue ex : une personne qui a des contractions des tremblements, des troubles digestifs (diarrhée, vomissement) seulement parce qu'il n'a pas pris sa drogue.

2) Types des drogues :

Drogues faibles	Drogues moyennes	Drogues fortes
Ce sont des drogues qui n'induisent aucune forme des dépendances.	Ce sont des drogues qui n'induisent qu'une forme de dépendance.	Ce sont des drogues qui induisent toutes les deux formes de dépendance
Ex : le thé, le Café, l'éther, la colle	Ex : le tabac, l'alcool, le haschich (chanvre indien, Diamba).	Ex : la cocaïne, l'héroïne,...



3) Effets recherches par le toxicomane.

De manière générale le toxicomane recherche une satisfaction qui se résume en euphorie. Ainsi en ce qui concerne :

- Le comportement : il va poser des actes tout à fait anormaux ex : se déshabiller facilement en public, se passer totalement du préservatif lors des relations sexuelles
- La perception : le toxicomane aura des positions tout à fait contraires face à un problème posé. Il aura même des visions exceptionnelles qui le feront rire : petite bêtes volantes, belles couleurs qui défilent, des belles fleurs...
- La conscience : le toxicomane la perd totalement. ex : il peut voler pendant que tout le monde le voit.

4) Causes et facteurs favorisants sont multiples dont voici les principaux :

La Curiosité, la recherche de courage, chasser le stress, l'augmentation d'endurance, la prostitution, la recherche du plaisir, euphorie, rêve, la pression des camarades, la pauvreté, les conflits familiaux, la délinquance, etc.

5) Conséquences de l'abus de la drogue.

- | | |
|--|--|
| - Accidents (mort prématurée) ; | - Violences sexuelles ; |
| - Lésions physiques et psychiques ; | - Rapports sexuels précoces |
| - Suicide ou tentative de suicide ; | - Vol, Viol, IST/VIH /SIDA ; |
| - Faible rentabilité scolaire et professionnelle | - Manque de confiance en soi ; |
| - Abandon de la famille, dépersonnalisation ; | - Anxiété, mort prématurée |
| - Délinquance juvénile, Prostitution | - Les diverses maladies (cancer, HTA, TBC) |
| | - Stérilité, manque d'appétit |

6) Prévention de la consommation des substances psychoactives dans le milieu des adolescents et jeunes :

- Informer les adolescents et jeunes sur les méfaits de la drogue,
- Eviter la consommation des drogues et de fréquenter les drogués,
- Fréquenter les centres des jeunes ou espaces d'informations pour jeunes
- Se donner aux études et autres activités saines (sports, cyber café ; etc.) et lutter contre la pauvreté en apprenant un métier.

2.2. COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

En RDC, un nombre important des jeunes débutent très tôt les rapports sexuels (environ 22% des jeunes de 15-19 ans ont eu les rapports sexuels avant l'âge de 15 ans⁴), souvent avec les partenaires multiples et n'ont utilisé pas le préservatif (EDS-RDC-2013-14).

En adoptant ces comportements, les jeunes n'ont toujours pas conscience du risque qu'ils courent dont celui de contracter une infection sexuellement transmissible, une infection à VIH et/ou une grossesse non désirée.

2.2.1. Rapports sexuels précoces et non protégés.

a) Définition et ampleur.



Les rapports sexuels sont dits précoces quand ils ont eu lieu avant la maturation biologique des organes sexuels et/ou avant le mariage.

Selon les données disponibles en RDC, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est estimé entre 16 et 17 ans, et près de 22% des jeunes avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans⁵.

b) Facteurs favorisant les rapports sexuels chez les jeunes.

Plusieurs facteurs peuvent être incriminés sont voici les principaux :

La pauvreté, l'influences des amis, les médias, la mode, la promiscuité, les mauvaises informations, le désir sexuel, la curiosité de l'autre sexe, les rapports sexuels forcés (viol), le mariage précoces, etc.

c) 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 medias 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 watshapp ou autres réseaux sociaux, etc.

⁴ EDS-RDC-2013-14

⁵ Enquête Démographique et de Santé-RDC-2013-14

d) 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 obscures, dans les églises pendant les veillées des prières ou dans à l'occasion de certaines manifestations (fêtes d'anniversaire, kermesses, etc.)⁶, mais également dans les Kuzu⁷.

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.

e) 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 santé de la reproduction, 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.

2.2.2. 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.

⁶ Didier LUKEME, « Déterminants des Comportements sexuels à risque chez les adolescents et jeunes en milieu scolaire dans la ville de Kinshasa », 2016.

⁷ 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.

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.

Chapitre 3.

PROBLEMES DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS ET JEUNES.

En RDC les adolescents et jeunes sont confrontés aux multiples problèmes de SSR dont les principaux sont : les grossesses précoces et non désirées, les avortements provoqués et clandestins chez les adolescentes et jeunes, les infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes, l'infection à VIH chez les adolescents et jeunes, les violences sexuelles et basées sur le genre chez les adolescents et jeunes, les pratiques traditionnelles néfastes.

Les problèmes de santé de la reproduction 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.

Les déterminants biologiques : (i) **Age** (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) (ii) **Niveau d'instruction de l'adolescent et connaissance en sexualité**, (iii) **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. (iv) **la consommation des substances psychoactives (toxicomanie)**,

Déterminants directs : (i) **Insuffisance d'encadrement d'adolescent**, (ii) **l'Influence des pairs** (amis et collègues), la **Pauvreté** (situation socio-économique précaire), (iii) **Promiscuité, les inégalités des sexes** (les adolescentes sont plus vulnérables que les adolescents).

Déterminants éloignés : (i) **Us et coutumes** : Les us et coutumes en vigueur dans certains coins du pays exposent les adolescents et jeunes aux problèmes de santé de la reproduction. (ii) **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 de la reproduction par rapport à ceux qui ne discutent pas. (iii) **Insuffisance des structures de prise en charge** : Cette insuffisance des structures est l'un des facteurs favorisant les problèmes de santé de la reproduction.

3.1. LES GROSSESSES PRECOCES ET NON DESIREES.

3.1.1. Définition et ampleur :



Les rapports sexuels précoces exposent les adolescent(e)s aux risques considérables de grossesses précoces ou non désirées.

En République Démocratique du Congo (RDC), la mortalité maternelle et la morbidité sont élevées et le taux de mères adolescentes est particulièrement important.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans ont deux fois plus de risques de mourir lors de l'accouchement que celles qui sont dans leur vingtaine ; les filles ayant moins de 15 ans ont cinq fois plus de risques de mourir. Les adolescentes les plus vulnérables sont celles qui vivent dans les zones rurales dans les pays en voie de développement comme la RDC.

Une grossesse précoce est une grossesse contractée pendant l'adolescence, avant la maturité des organes sexuels de la fille (avant 20 ans). En RDC, la prévalence des grossesses précoces chez les adolescentes (15-19 ans) est estimée entre 28%.⁸

3.1.2. Facteurs favorisants/causes

Les principaux facteurs favorisant les grossesses précoces et non désirées sont :

- La méconnaissance du fonctionnement des organes génitaux ;
- La méconnaissance et le non accès aux méthodes de contraception, Le manque d'encadrement ;
- L'absence d'éducation sexuelle au niveau familial;
- L'absence ou l'insuffisance de communication entre parents, enfants, adolescent(e)s et jeunes ;
- L'influence des médias et l'influence des pairs (mauvaise compagnie) ;
- La crise d'adolescence ;
- La dépravation des mœurs ;
- Le commerce ambulante pratiqué par les jeunes filles, le viol ;
- La pauvreté ; le faible niveau d'instruction ;
- La séparation des parents.

⁸ Multiple Indicators Clusters Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples), 2010

3.1.3. Conséquences:

Lorsqu'une jeune fille de moins de 18 ans est enceinte, elle a plus de risque de mourir pendant l'accouchement que les jeunes femmes qui sont plus âgées. Elle court aussi un risque plus fort d'être handicapée, parce que son pelvis n'est souvent pas assez mûr pour que le bébé passe lors de l'accouchement.

Les adolescentes qui ne bénéficient pas de soins par un personnel de santé risquent de développer une fistule obstétricale (qui entraîne une incontinence chronique chez la femme). Enfin, les mères de moins de 18 ans sont plus susceptibles d'avoir des bébés prématurés ou ayant un poids de naissance faible.

- Sur le plan sanitaire :

Conséquences affectant la mère: Accouchement difficile (le corps de la jeune fille n'étant pas complètement bien développé car la croissance continue pour une adolescente), risque de fistule vésico-génitale (invalidité pour la vie), Avortement provoqué=mort précoce.

Conséquences affectant l'enfant: Faible poids à la naissance, mortalité périnatale et néonatale accrue, causée par une prématurité, ou faible poids ou encore une infection.

- Sur le plan socio-économique:



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 et la société (deshonneur de la famille), l'augmentation des charges familiales, l'interruption des études, etc.

3.1.4. Prévention et conduite à tenir devant un cas de grossesse précoce.

Pourquoi différer la grossesse chez l'adolescente?

1. **Raisons médicales** : L'adolescente n'a pas encore de maturité biologique/physique suffisante pour supporter l'effort imposé par une grossesse, leurs os du bassin ne sont pas bien formés, par conséquent et très souvent, le premier accouchement chez l'adolescente est en général plus risqué que les suivants.
2. **Raisons socio-économiques** : (i) Avoir la chance de terminer ses études et de pouvoir travailler en dehors du foyer, (ii) Avoir une famille moins nombreuse et jouir ainsi d'un meilleur confort.

Que faire pour aider les adolescents et jeunes à éviter une grossesse?

- 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 vont de pair.
- Informer les jeunes sur le risque médical, émotionnel et socio-économique d'une grossesse précoce,
- 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 fiable et peu coûteux.

- Si jamais une adolescente contracte une grossesse non désirée, elle devra être orientée vers une structure sanitaire pour une meilleure prise en charge.

3.2. AVORTEMENTS PROVOQUES CHEZ LES ADOLESCENTES ET JEUNES.

3.2.1. Définition et ampleur.

L'avortement provoqué a été et demeure un problème de santé publique considérable dans le monde entier.



D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 25% des grossesses se sont terminées par un avortement provoqué. Environ 25 millions des avortements à risque pratiqués dans le monde chaque année, surtout dans les pays en développement (comme la RDC) et 8 millions d'entre eux ont été pratiqués dans des conditions dangereuses ou très risquées.

3 avortements sur 4 pratiqués en Afrique n'étaient pas sécurisés. Le risque de décéder suite à un avortement non sécurisé est le plus élevé en Afrique.

En RDC, la prévalence des avortements provoqués chez les adolescentes et jeunes estimée à 30% (ELS 1998). **D'autres sources indiquent que 16,2 % des adolescentes ont déjà fait un avortement soit une adolescente sur 6.**

Par définition, **un avortement provoqué** est toute interruption volontaire d'une grossesse avant 22^{ème} semaines (**selon OMS**) et **28^{ème} semaines (avant 6 mois) pour le cas de la RDC.**

L'avortement clandestin quant à lui, est une interruption de la grossesse pratiquée par des personnes qui n'ont pas les connaissances ni les compétences nécessaires ou dans les conditions nuisibles à la santé.

Le code pénal de la RDC interdit l'avortement, sans aucune exception. En dépit de l'interdiction légale, il est généralement admis que l'intervention soit pratiquée pour sauver la vie de la femme, bien que ces dernières n'aient que rarement l'occasion d'obtenir des soins d'avortement sécurisé sur ce fondement. En effet, la RDC est signataire du protocole de Maputo, **un traité régional sur les droits des femmes qui enjoint les États de légaliser l'avortement lorsque cela est nécessaire à la protection de la santé physique et mentale de la femme, ainsi qu'en cas de viol, d'inceste et d'anormalité foetale⁹.**

3.2.2. Raisons qui poussent une fille à avorter sont :

- Education : crainte d'être renvoyées de l'école ou de suspendre leurs études
- Raisons économiques : les adolescentes disposent moins des ressources financières pour prendre soins d'un enfant,
- Réprobation sociale : La honte pour les adolescentes et leurs familles,
- Absence de relation stable, le refus de l'auteur, laideur de l'auteur,
- Statut social de l'auteur: l'auteur est marié,
- Echec de la contraception :
- Rapports sexuels forcés: Viol, Inceste, etc.

3.2.3. Complications des avortements provoqués :

- **Conséquences médicales :**

A court terme : les lésions (plaie) au niveau de la matrice, hémorragie, perforation de l'utérus ou de l'intestin, tétanos, infection, mort.

A long terme: la stérilité secondaire, les avortements spontanés, les accouchements prématurés,

- **Conséquences psychologiques:** la culpabilité (coupable) liée à l'avortement et à la pratique sexuelle.

- **Conséquences socio-économiques :**

Etre renvoyée de l'école et rejetée par sa famille, puisque rejetée : recours à la prostitution pour trouver de quoi vivre, la réduction de la chance de réussite de fille dans la vie, la prison car c'est un crime, le traitement des complications d'avortement mobilise des ressources précieuses.

⁹ Union africaine, Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, 2003.

3.2.4. Prévention des avortements chez les adolescentes

Que faire pour prévenir un avortement chez les adolescentes et jeunes ?.

- Utiliser un contraceptif ou abstinence sexuelle avant le mariage,
- Encourager les parents à parler de la sexualité avec leurs enfants,
- Encourager les jeunes et adolescents à fréquenter les services des prestations de soin pour avoir les informations en matière de SSR
- Encourager les jeunes à canaliser leurs énergies vers les activités socioculturelles et récréatives sur tout 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.

3.3. INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE (IST) CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

3.3.1. Définition et ampleur.

C'est une infection transmise lors d'un rapport sexuel non protégé avec une personne infectée. Les personnes sexuellement actives de deux sexes sont susceptibles d'être atteints par les IST.

La prévalence des IST parmi les adolescents et jeunes de la RDC est de 11,7% pour les filles et 9,2 % pour les garçons¹⁰.

3.3.2. Infections sexuellement transmissibles les plus courantes :

Infection à chlamydia, Gonorrhée ou gonococcie ou blennorragie ou chaude pisse, VIH/SIDA, Papillomavirus (responsable des verrues génitales), Herpès génital (une souche particulière de ce virus est responsable des ulcérations ou feu sauvage sur les lèvres et autour de la bouche), Hépatite B, Syphilis, Condylome acuminé ou crête de coq et Infections fongiques (candidose etc.)

3.3.3. Voies de transmission.

- Par **contact sexuel** (rapports vaginaux, des rapports génito-anaux ou des relations sexuelles bucco-génitales) avec une personne infectée.
- Par **le sang** (partage de seringues, par le biais d'équipements servant à percer la peau ou à faire des tatouages n'ayant pas été correctement désinfectés). C'est le cas du VIH, de l'hépatite B ou de la syphilis.
- Par **l'usage des mêmes objets** de toilette intime avec une personne contaminée.
- De la **mère à son enfant** (avant, pendant ou après la naissance ; cas du VIH lors de l'allaitement maternel).

3.3.4. Symptômes et signes les plus courantes des Infections sexuellement transmissibles.

Certaines infections sexuellement transmissibles n'ont pas de signes apparents (VIH, hépatites...). Une personne peut être infectée par plus d'une IST.

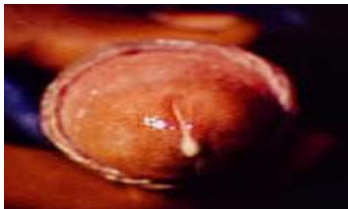
- **Les symptômes généraux sont entre autres :** (i) la difficulté d'uriner et l'envie fréquente d'uriner, (ii) les ganglions lymphatiques enflés et douloureux dans l'aîne, (iii) les ampoules et plaies ouvertes (ulcères) sur les parties génitales, douloureuses et/ou non douloureuses, (iv) les nodules sous la peau, (v) le bourgeonnement et la végétation sur les parties génitales, (vi) les éruptions sans démangeaisons sur les membres, (vii) la sensation de démangeaisons ou de picotement dans les parties génitales, et les plaies dans la bouche, etc.

¹⁰ Résultats de l'étude comportementale des adolescents et jeunes menée par l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, en 2010.

- **Chez l'homme les symptômes sont :** L'écoulement du pénis (liquide vert, jaune, purulent), les éruptions cutanées, les plaies sur le gland, le gonflement du scrotum, etc.
- **Chez la femme les symptômes sont :** Les saignements irréguliers (règles anormales), les douleurs dans le bas ventre et le pelvis, les pertes vaginales anormales (blanche, jaune, verte, mousseuse, purulente, malodorante), l'enflure et/ou démangeaisons du vagin, les rapports sexuels douloureux ou difficiles.
- **Chez le bébé (né de mère infectée) les symptômes sont :** La conjonctivite purulente (ophtalmie gonococcique du nouveau-né qui peut entraîner des cicatrices sur l'œil et une cécité si elle n'est pas traitée à temps) ; la dermatose, les infections de la gorge et de la bouche.

Voici quelques images des manifestations des infections sexuellement transmissibles chez l'homme et chez la femme.

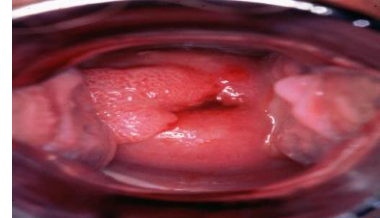
Écoulement Urétral



Écoulement Vaginal



Ulcération génitale



Condylome génital

Papilloma virus

3.3.5. Conséquences des Infections sexuellement transmissibles.

Infertilité ou stérilité chez la femme et chez l'homme, Avortements à répétition ou accouchements prématurés, Grossesses extra-utérines (GEU), Infections des enfants pendant la grossesse ou l'accouchement : conjonctivite du nouveau-né qui peut entraîner la cécité, Malformations congénitales, Risque élevé de contagion par le VIH, Douleurs chroniques au bas ventre, Rétrécissement de l'urètre, Détérioration de l'état du bien-être général, Paralysie et folie en cas de syphilis, affection du cœur et des os au stade final, la mort, etc.

3.3.6. Prévention et conduite à tenir devant un cas d'infection sexuellement transmissible.

1. La prévention consiste à : (i) **l'Abstinence sexuelle complète** pour ceux qui peuvent (la seule solution qui soit efficace à 100% : l'abstinence sexuelle), (ii) **l'utilisation correctement et systématiquement un préservatif** lors de chaque rapport sexuel, (iii) la **Bonne fidélité entre partenaires sexuels**.
2. En cas d'apparition d'un des signes d'IST, référer la personne vers un centre de santé spécialisé pour une prise en charge correcte avec un traitement souvent simple et moins coûteux. Pour une prise en charge médicale efficace, se présenter avec son ou ses partenaires sexuels. S'abstenir de tout rapport sexuel ou utiliser un préservatif pendant la période de traitement. Eviter l'auto-médication, Se faire soigner correctement et à temps.

3.4. INFECTION A VIH CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

3.3.7. Définition et ampleur.

SIDA signifie: Syndrome d'Immunodéficience Acquise

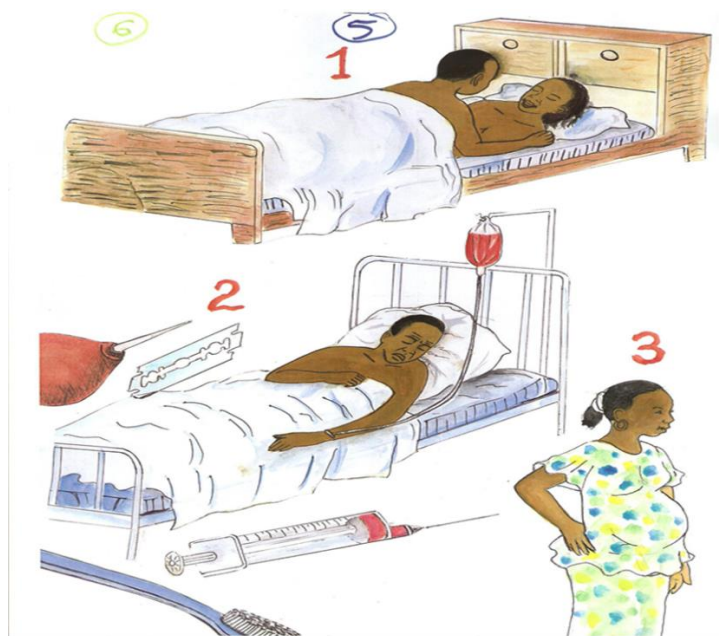
C'est une maladie infectieuse contagieuse causée par le Virus appelé V.I.H. le VIH signifie: Virus de l'Immuno-déficience Humaine, c'est le microbe qui provoque le SIDA.

- Syndrome : Ensemble des symptômes/signes d'une maladie
- Immuno : Lié au système de défense naturel du corps
- Déficience : Inefficacité
- Acquise : La contamination du virus à un moment de la vie.

La prévalence de l'infection à VIH parmi les adolescents et jeunes de la RDC est de 0,7 % pour les garçons¹¹.

3.3.8. Voies de transmission du VIH

- **Par contact sexuel :**
(Rapports vaginaux, génito-anaux ou bucco-génitales) avec une personne infectée,
- **Par le sang contaminé :** La transfusion d'un sang contaminé par le VIH, usage des objets tranchants souillés (aiguilles, rasoir, brosse à dents, etc.),
- **De la mère à son enfant** pendant la grossesse, accouchement ou l'allaitement.



Massage très important :

Le VIH ne se transmet pas :

- Par contact social habituel (non sexuel) EX : serrer les mains, toucher ou prendre dans ses bras, utiliser le même siège des toilettes ou lorsqu'on mange de la nourriture préparée par une personne vivant avec le VIH/SIDA.
- En utilisant les mêmes ustensiles pour se nourrir ou cuisiner, comme les tasses, les assiettes, les plats, ou encore les fourchettes et les cuillères.
- En embrassant, même en embrassant avec la langue. Le VIH a été découvert dans la salive, mais la quantité du VIH y est extrêmement petite. Personne n'a jamais été infecté par le VIH en embrassant.

¹¹ Résultats de l'étude comportementale des adolescents et jeunes menée par l'Ecole de Santé Publique de l'université de Kinshasa, en 2010.

- Par les moustiques. Le moustique ne peut pas transmettre le VIH lorsqu'il pique une autre personne.

3.3.9. Le lien entre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.

Les Infections Sexuellement Transmissibles (comme la syphilis, l'herpès génital, le chancre mou ou la blennorragie, etc.) sont un facteur favorisant de la transmission du virus et augmentent le risque de contamination du VIH/SIDA de 4 à 7 fois à cause des lésions qu'elles produisent aux niveaux des organes génitaux.

3.3.10. Stratégies et moyens de prévention de l'Infection à VIH:

(i) l'Abstinence sexuelle totale, (ii) la Bonne fidélité entre partenaires sexuels (couples), (iii) l'Utilisation correcte et systématique du préservatif (masculin ou féminin), (iv) le dépistage volontaire au VIH, (v) la prévention transmission mère à son enfant (PTME), (vi) le traitement précoce des patients VIH +.

3.5. PRATIQUES TRADITIONNELLES NEFASTES (PTN).

3.3.11. Définition

Pratique : Qui a trait à l'action, à la réalisation concrète,

Néfaste : Malheureux, Désastreux, qui nuit,

Pratique Néfaste : Tous ce qui a trait à l'action qui porte malheur. Traditionnelle : qui appartient à la culture et à la civilisation (d'une société ou d'un pays).

Les pratiques traditionnelles néfastes sont des pratiques d'usage coutumier qui ne valorisent pas l'être humain.



Par définition **les pratiques traditionnelles néfastes** sont des formes de violences faites à la jeune fille, culturellement tolérées et influant durablement et parfois irréversiblement sur la santé de la reproduction. Elles engendrent des situations médicales calamiteuses chez la jeune fille.

3.3.12. Quelques pratiques traditionnelles néfastes.

Le mariage précoce, le mariage forcé, Hériter la sœur de son épouse défunte (sororat), Hériter l'épouse de son frère défunt (lévirat), les mutilations génitales féminines (MGF).

1. Mariage précoce.

- Définition et ampleur :

C'est une union contractée au cours de l'adolescence et sans la maturité totale de la jeune fille, c'est-à-dire à moins de 20 ans avant que la fille soit physiquement et psychologiquement prête à assumer les responsabilités du mariage et de la procréation.

Les résultats des études disponible en RDC, montrent qu'environ 37,3%¹² de femmes de 20-24 ans ont été mariées ou en union à l'âge de 18 ans.

¹² Enquêtes Démographiques et de Santé-RDC-2013-14

- **Facteurs favorisants/causes:**

(Les Us et coutumes rétrogrades, l'ignorance de la loi, la pauvreté).

L'inégalité des sexes : Dans les sociétés pratiquant le mariage précoce et forcé, les filles et les femmes ont un statut inférieur à celui de l'homme. Les filles sont mariées jeunes car elles sont considérées comme un poids pour la famille et que leur bien-être n'est pas une priorité.

La pauvreté : Dans les pays en développement, une fille est souvent considérée comme un fardeau. Son mariage permet aux parents d'avoir une bouche en moins à nourrir, de s'enrichir et de créer des alliances stratégiques avec une autre famille.

Certaines pratiques traditionnelles : Dans de nombreux pays, l'honneur d'une famille passe par la virginité féminine. Les parents marient leurs filles bien avant qu'elles ne soient prêtes à avoir des relations sexuelles afin d'éviter qu'elles ne tombent enceinte et ne puissent plus être mariées.

La non application des lois : Même quand le mariage précoce est interdit, beaucoup de familles l'ignorent et/ou enfreignent la loi. Dans certains pays, cette violation est si répandue et normalisée puisque les sanctions sont rares.

Les situations d'urgence : Les situations précaires (conflits, catastrophes naturelles, crises humanitaires) augmentent la pression économique qui pèse sur les foyers, entraînant des familles qui ne l'auraient jamais envisagé à marier leurs filles trop jeunes.

- **Conséquences:**

(Le manque de communication dans le foyer, le divorce, les conflits conjugaux, les naissances trop rapprochées).

Le mariage précoce et forcé présente de **graves conséquences sur la vie d'une fille**, mais aussi **sur sa communauté et son pays** tout entier :

Violence et abus sexuels : Les mariages précoces entraînent souvent violences et abus sexuels de la part du mari, et les relations sexuelles sont souvent forcées.

Risques pour la santé : Il s'agit notamment des risques liés aux grossesses précoces, première cause de mortalité chez les 15 à 19 ans, mais aussi au VIH car, même si une fille a eu la chance de recevoir une éducation sexuelle, elle est rarement en capacité de négocier des relations sexuelles protégées. Les mariages précoces maintiennent les filles dans leur statut inférieur à l'homme et ne leur permettent pas de sortir de la pauvreté.

Déscolarisation : Une fois mariée, une fille est considérée comme adulte et est prise en charge par son mari. Elle n'a donc plus d'intérêt à aller à l'école. Les tâches domestiques et l'éducation des enfants ne leur en laissent de toute manière pas le temps. Pourtant, l'éducation des filles est le meilleur instrument de lutte contre la pauvreté. Une fille instruite met au monde moins d'enfants et, sensibilisée à l'importance de l'éducation, elle veille à ce que ses enfants aient une éducation de qualité et lutte ainsi à son tour contre le mariage précoce.

Perpétuation du statut inférieur des femmes et de la pauvreté : Les mariages précoces maintiennent les filles dans leur statut inférieur à l'homme et ne leur permettent pas de sortir de la pauvreté. Il s'agit d'une situation injuste et d'un énorme potentiel perdu pour le développement des communautés et des pays.

- **Prévention :**

- Informer et renforcer les capacités de dire non aux pratiques sexuelles néfastes (cad donner l'aptitude d'auto défense),
- Apprendre aux jeunes à dénoncer tout cas de pratique sexuelle néfaste auprès des parents, autorités locales, politico-administratives et judiciaires ;
- Impliquer les autorités locales dans la lutte contre les pratiques sexuelles néfastes ;
- Les jeunes devront fréquenter les centres des jeunes ou les espaces d'informations et de communication pour s'informer d'avantages.

2. Mutilations génitales féminines.

- **Définition et ampleur**

Par mutilations génitales féminines (MGF) on entend toutes les pratiques qui consistent à ôter, par des moyens chirurgicaux souvent rudimentaires, tout ou une partie des organes génitaux féminins externes les plus sensibles; pour des raisons culturelles ou non thérapeutiques.

Les MGF sont couramment pratiquées en Afrique de l'Ouest, mais aussi dans certaines régions d'Asie et du moyen Orient. Selon l'OMS, chaque année environ 130 millions des filles et femmes dans le monde, 120 millions pour le seul continent d'Afrique (soit un tiers de la population féminine de l'Afrique et 2 millions des fillettes âgées de 4 à 12 ans sont victimes des PTN.

- **Types des mutilations génitales féminine**

Types de MGF (4) selon la classification de l'OMS, UNICEF, UNFPA :

- **Type I:** excision du prépuce avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris
- **Type II:** excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.
- **Type III:** excision partielle ou totale des organes externes et suture rétrécissement de l'ouverture vaginale : infibulation.
- **Type IV: Diverses pratiques non classées:**
Etirement du clitoris ou des petites lèvres; Cautérisation par brûlure du clitoris ou du tissu avoisinant; Incision du vagin; Introduction des substances corrosives dans le canal vaginal dans le but de rétrécir celui-ci : **(feuille, poudre, racines, voir même les ingrédients de cuisine pour élargir le bassin).**

En RDC, le type IV fait le lot des pratiques néfastes dont usent les femmes congolaises.

3.3.13. Facteurs favorisant les pratiques traditionnelles néfastes:

L'effet d'entraînement (imitation), les Us et coutumes, l'influence négative des pairs, l'ignorance des conséquences, L'intérêt égoïste de l'homme, la pauvreté (mariage précoce), la prostitution, la recherche du plaisir (introduction des feuilles et ingrédients), le manque d'information, les rumeurs, etc.

3.3.14. Conséquences des pratiques traditionnelles néfastes.

Les conséquences dépendent du type de la pratique traditionnelle néfaste.

Si sororat ou lévirat : souvent les causes de décès ne sont pas connues; il y a risque de transmission des infections dont le VIH/SIDA avec des conséquences désastreuses.

Si mutilations génitales féminines, les conséquences sont énormes et d'ordre physique et médicale: la Brûlure, l'hémorragie, l'infection, la Déchirure pendant l'accouchement, l'incontinence urinaire, la douleur pendant le rapport sexuel, le Cancer du col de l'utérus, le VIH/SIDA, la mort, la douleur au bas ventre, l'intoxication, etc.

Infections aiguës au niveau de la vulve, Infections urinaires, Infections gynécologiques pouvant entraîner la stérilité; Tétanos, Transmission du VIH et de l'hépatite virale B et Autres maladies transmises par le sang, Les kystes du derme et les chéloïdes; Perte d'appétit sexuel (frigidité); Infections chroniques des organes; Sécheresse vaginale, Dyspareunie (rapports sexuels douloureux)

Les conséquences émotionnelles et relationnelles : l'angoisse, le stress, les conflits internes, le manque de confiance, la diminution du rendement scolaire, etc.

3.3.15. Prévention et conduite à tenir devant un cas des pratiques traditionnelles néfastes.

- Informer et renforcer les capacités de dire non aux pratiques sexuelles néfastes (càd donner l'aptitude d'auto défense,
- Apprendre aux jeunes à dénoncer tout cas de pratique sexuelle néfaste auprès des autorités locales, politico administratives et judiciaires.
- Impliquer les autorités locales dans la lutte contre les pratiques sexuelles néfastes.
- Les jeunes devront fréquenter les centres des jeunes ou les espaces d'informations pour s'informer d'avantages.
- Orienter tout adolescent ou jeune victime des PTN vers une formation sanitaire appropriée pour une meilleure prise en charge.

3.6. VIOLENCES SEXUELLES ET VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE

3.6.1. Définition des concepts.

Violence basée sur le genre (VBG) :

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.

Violence sexuelle (VS) :

La violence sexuelle se définit 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.

3.6.2. Principales formes des violences sexuelles.

Les formes de VS sont multiples et peuvent causer des sérieux dommages physiques, psychologiques et/ou sociaux aux SVS.

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

- **Le viol** : Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise.
- **L'attentat à la pudeur** : Tout acte de caractère sexuel contraire aux mœurs exercé intentionnellement et directement sur une personne sans son consentement, par exemple toucher la poitrine d'une femme ; obliger une personne de se mettre dans le costume d'Adam et Eve devant d'autres ;
- **Le harcèlement sexuel** : Toute avance sexuelle malvenue, généralement répétée et sans réciprocité ; attentions sexuelles non sollicitées ; demande d'accès ou de faveurs sexuelles ; allusion sexuelle ou autre comportement verbal ou physique de nature sexuelle ; exhibition de documents pornographiques, qui empiètent sur le travail, est présentée comme une condition d'emploi ou crée un environnement de travail intimidant, hostile ou choquant.
- **L'esclavage sexuel** : Est le fait que les femmes et les fillettes, séquestrées contre leur gré, deviennent la propriété d'une ou de plusieurs personnes à qui elles doivent fournir des services sexuels et, bien souvent, d'autres services domestiques.
- **Le mariage forcé** : Une femme ou une fillette est donnée en mariage par ses parents, ses tuteurs, sans qu'elle ait le droit de refuser ; ou une femme est cédée par son mari, sa famille à une autre personne ; ou, une fois veuve, elle est léguée à une autre personne.
- **L'adultère** : L'adultère est l'union sexuelle consentante d'une personne mariée légalement et dont le mariage n'est pas dissout, avec une personne autre que son conjoint.

- **La mutilation sexuelle:** Ablation partielle ou totale, élongation des organes génitaux féminins ou encore, introduction de substances corrosives, pour des raisons culturelles. 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 ».
- **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 ou 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. »
- **La zoophilie forcée** : quiconque aura, par ruse, violences, menaces ou par toute forme de coercition ou artifice, contraint une personne à avoir des relations sexuelles avec un animal ou la personne qui, volontairement, aura eu des rapports sexuels avec un animal.
- **La transmission délibérée des infections sexuellement transmissibles incurables** : quiconque aura délibérément contaminé une personne d'une infection sexuellement transmissible incurable.
- **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 une rémunération ou un quelconque avantage.
- **La grossesse forcée** : quiconque aura détenu une ou plusieurs femmes rendues enceintes de force ou par ruse.
- **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.
- **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.
- **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 d'avantage.

3.6.3. Facteurs favorisant des VBG.

- **Les facteurs individuels** : Perte de sécurité, dépendance, invalidités 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
- **Les conflits armés et guerres.**
Durant les conflits armés le nombre de cas de VS 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.

3.6.4. Conséquences des VBG.

- **Conséquences physiques** : Les blessures, fracture, l'invalidité, les IST et l'infection à VIH, la perturbation menstruelle, les grossesses à problèmes/non désirées pouvant conduire aux avortements provoqués, les fausses couches, la souffrance fœtale. 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, stigmatisation, isolement/rejet de la victime, suicide ou état suicidaire, etc.
- **Conséquences juridique/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, 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.

3.6.5. Prévention des violences sexuelles et VBG

Que faire pour prévenir les VS et VBG dans votre communauté?

- Eviter les facteurs qui favorisent les VBG : (i) les comportements à risque : toxicomanie, (ii) la fréquentation des lieux où vous êtes exposé, (iii) la promiscuité: phénomène "Salomon", (iv) l'habillement provocateur, etc.
- Encourager les mariés à s'accepter et à se respecter mutuellement,
- Recourir au dialogue pour résoudre leurs différences non par la violence, et les membres de la communauté devront respecter le point de vue des autres et de régler leurs conflits inter personnels par le dialogue non par la violence.
- Lutter contre la pauvreté en apprenant un métier,
- Apprendre à dire non quand quelqu'un vous pousse à avoir des rapports sexuels forcés,
- Eviter d'abuser de sa position.

Que faire devant un Cas de VBG ?

- Se rendre tout d'abord au centre de santé (cas de VS) pour recevoir les soins appropriés afin de prévenir une grossesse, les IST et l'infection à VIH, recevoir un accompagnement psychologique, constituer un dossier qui peut servir à la poursuite.
- Ensuite se rendre au poste de la police pour dénoncer tout cas de VBG afin de lutter contre l'impunité, protéger la communauté, et réhabiliter les victimes.
- Lutter contre la stigmatisation des VVS et leur acceptation dans la communauté.

CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTES ET JEUNES

4.1. Définition des concepts

- **Planification Familiale (PF)**

La planification familiale est définie comme un ensemble de services (informations, techniques et moyens) permettant à une personne ou à un couple de choisir une méthode qui lui permet d'avoir un enfant au moment où il veut.

Elle a pour composantes : la contraception, la lutte contre les IST/VIH-SIDA, la lutte contre l'infécondité, ainsi que la communication pour le changement de comportement.

- **Contraception :**

La « contraception » est définie comme l'utilisation des moyens et méthodes pour empêcher la survenue d'une grossesse. Elle est également définie comme étant l'utilisation d'agents, de dispositifs, des méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter (OMS).

- **Méthodes contraceptives :**

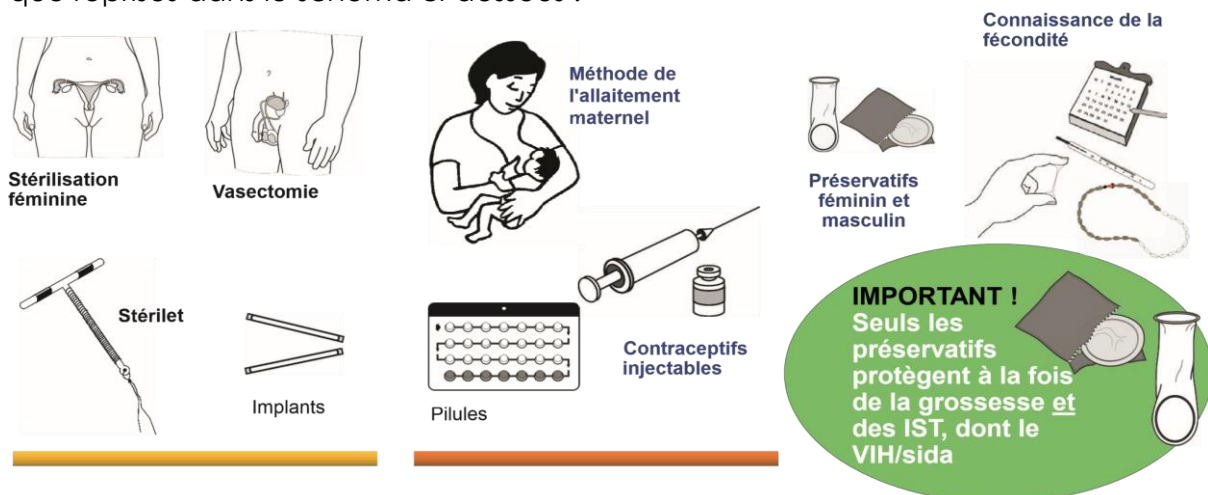
Les méthodes contraceptives sont des moyens ou techniques utilisés pour éviter une grossesse.

- **Cycle menstruel :**

C'est la période qui sépare deux apparitions consécutives des règles. Elle se tend du premier jour au premier jour des règles suivantes et cela de la puberté à la ménopause. Les règles ou menstruations durent normalement 3 à 7 jours.

4.2. Classification ou types des méthodes contraceptives

Il existe plusieurs types des méthodes contraceptives dont voici les principales telles que reprises dans le schéma ci-dessous :



Classification des différentes méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives		
Méthodes modernes		Traditionnelles
Naturelles	Artificielles	
	Hormonales	Non hormonales
<ul style="list-style-type: none"> • MAO (Glaire cervicale, palpation du col, température basale) • Calendrier • MAMA • MJF (collier du cycle) 	<ul style="list-style-type: none"> • PILULES (POP, COC, PCU) • IMPLANTS (jadelle, implanon NXT, levoplant) • INJECTABLES (DMPASC, DMPA IM, NET EN) • DIU au lévonorgestrel 	<ul style="list-style-type: none"> • DIU TCU • PRESERVATIFS (Masculin et féminin) • SPERMICIDES (bombe, comprimés et mousse) • CVV (ligature tubaire et vasectomie)
		<ul style="list-style-type: none"> • Coït interrompu • Pratique magique • Abstinence périodique

D'après la classification des méthodes contraceptives, il existe deux grands groupes : les méthodes traditionnelles ou anciennes (le coït interrompu, la pratique magique, l'abstinence périodique) et les méthodes modernes. Les méthodes contraceptives modernes se subdivisent en deux sous-groupes : (i) les méthodes naturelles (méthode d'observation de la glaire cervicale, palpation du col, la méthode de température basale, de calendrier, la MAMA et le collier du cycle) et (ii) les méthodes artificielles qui se scinde également en deux : méthodes hormonales (en comprimés, injectables, etc.) et méthodes non hormonales (préservatifs, spermicides, et méthodes chirurgicales).

4.3. Eligibilité médicale des jeunes face aux méthodes contraceptives.

- 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.
- Concernant les méthodes modernes hormonales (ex : implant, DIU...) les pairs éducateurs devra orienter les adolescents désirant les utiliser dans une structure appropriée pour des plus amples informations.

DROITS ET BESOINS DES ADOLESCENTS ET JEUNES EN MATIÈRE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.

5.1. Définition des concepts

- **Droit** : C'est l'ensemble des prérogatives dévolues à un individu (prérogatives des jeunes en matière de la santé sexuelle et de la reproduction).
- **Devoir** : C'est l'ensemble des obligations qu'a un individu vis-à-vis des autres. Ce que l'on doit faire, défini par le système moral que l'on accepte, par la loi, les convenances, les circonstances (charge, obligation, responsabilité, tâche).

5.2. Principaux droits des adolescents et jeunes en matière de santé de la reproduction.

- **Droit à l'information** :
Tous les jeunes, quel que soit leur âge, ont le droit d'être informés sur la santé de la reproduction et tous les problèmes y relatifs. Ils ont également le droit de savoir où et comment se procurer toutes informations complémentaires et services nécessaires souhaités.
- **Droit aux services de santé sexuelle et reproductive** :
 - ✓ **Droit d'accès** :
Tous les jeunes ont le droit de bénéficier des informations et des services indépendamment de leur situation sociale et économique, de leur religion, de leurs convictions politiques, de leur appartenance ethnique, de leur état civil, de leur lieu de résidence ou de toutes autres caractéristiques susceptibles de les rattacher à tel ou tel groupe spécifique.
 - ✓ **Droit de choisir** :
Les adolescents et jeunes ont le droit de décider librement d'avoir ou non recours aux services de SR et de choisir. Le droit de choisir implique également la faculté pour le jeune de décider d'abandonner une méthode de contraception ou d'en changer.
 - ✓ **Droit à la sécurité** :
Les adolescents et jeunes qui acceptent d'utiliser les méthodes de PF et les services de prise en charge des IST/ VIH-SIDA ont le droit de se sentir en sécurité et d'être protégés.
 - ✓ **Droit à préserver son intimité** :
Tout adolescent et jeune est en droit d'attendre que l'entretien au cours duquel il fait part de ses besoins se déroule en privé. Tout examen médical doit se dérouler

dans un lieu où l'intimité physique du jeune est respectée.

✓ **Droit à la confidentialité :**

Les adolescents et jeunes doivent savoir que toute information communiquée par lui ou tous détails des prestations ou du traitement suivi ne seront en aucun cas divulgués à des tiers sans son consentement.

✓ **Droit à la dignité :**

Les adolescents et jeunes qui utilisent les services de SR ont droit à la dignité, c'est-à-dire qu'ils sont en droit d'attendre qu'on les traite avec courtoisie, considération, attention et respect indifféremment de leur niveau d'éducation, de leur standing social ou de toute autre caractéristique susceptible de donner lieu à certaines formes de discrimination.

✓ **Droit au confort :**

Les adolescents et jeunes venant à la consultation ont le droit d'être reçus dans des conditions confortables.

• **Droit au mariage :**

Les adolescents et jeunes ont le droit de se marier mais dans le strict respect de la loi.

• **Droit à la participation et à la prise de décision :**

Il est démontré que tout ce que l'on peut faire pour les adolescents et jeunes « sans eux, est contre eux ». En effet, les adolescents et jeunes doivent être associés dans la prise des décisions sur les questions qui les concernent.

• **Droit d'exprimer leur opinion :**

Les adolescents et jeunes ont le droit d'exprimer leur opinion sur les services qu'ils reçoivent.

5.3. Obstacles à la promotion des droits :

✓ **Au sein de la famille :**

Le manque de dialogue entre enfants et parents et enfants entre eux, l'ignorance des textes et des instruments juridiques en faveur des enfants, le manque de scolarisation des enfants, la déscolarisation des enfants, la dislocation de la famille et la pauvreté.

✓ **Dans la communauté :**

Les Considérations stéréotypées et sexistes, les Us et coutumes, La dépravation des mœurs avec toutes ses conséquences (Prostitution, délinquance, loisir malsain des jeunes, etc.

5.4. Besoins des adolescents et jeunes en matière de santé de la reproduction.

Les adolescents et jeunes ont besoins de :

- **Informations fiables et les conseils sur l'adolescence et ses transformations:** (la composition et le fonctionnement des organes de la reproduction),
- **Informations fiables sur la prévention de leurs problèmes de santé sexuelle et reproductive :**
Les grossesses précoces, avortements provoqués, les IST et l'infection à VIH, les pratiques traditionnelles néfastes, les violences sexuelles et violences basées sur le genre, etc.
- **Compétences psychosociales :**
L'Organisation Mondiale de la Santé définit une compétence psychosociale comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ».

Chapitre 6.

ESPACE D'INFORMATIONS ET COMMUNICATION POUR LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

Par définition, un « espace d'informations et communication pour les et jeunes » c'est un endroit ou un horaire aménagé au sein du centre de santé et de l'hôpital général de référence; destiné à recevoir les adolescents et jeunes dans le souci de répondre à leurs besoins en leur donnant des informations correctes et appropriées, leur offrant la possibilité de participer à des activités socioculturelles et réaliser des projets et les amener à développer les compétences requises en matière de santé sexuelle et de la reproduction, selon l'approche conviviale.



6.1. Missions de l'espace de l'espace d'information et communication.

- Offrir aux adolescents et jeunes, dans une approche conviviale des informations et des conseils en vue des choix responsables et raisonnés dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive y compris le VIH/SIDA et d'autres domaines de la vie dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat.
- Favoriser l'accès et l'orientation des adolescents et jeunes aux services et structures de soins dans le but de prendre en charge leurs problèmes afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité pour cette population cible.

6.2. Rôles de l'espace d'informations et communication.

- Servir de lieu de rencontre des jeunes qui fréquentent le centre de santé,
- Offrir des services non cliniques : services IEC (Promotion des préservatifs, Prévention des grossesses précoces et non désirées, Prévention des mariages précoces, Promotion de la PTME, Prévention des IST/VIH, Prévention de la toxicomanie, Prévention des violences sexuelles, Prévention des avortements provoqués, Promotion de la PF),
- Servir de lieu pour l'organisation et la planification des activités.

6.3. Fonctionnement de l'espace d'informations et communication

- Les activités de l'espace d'informations jeunes doivent être développées dans les structures sanitaires existantes (CS et HGR),
- Un infirmier du CS formé en Santé des Adolescents et Jeunes est le responsable et il collabore avec une équipe de 4 jeunes (2 filles et 2 garçons) formés dans la paire éducation.
- L'espace d'informations pour jeunes fonctionne avec un horaire spécifique, élaboré d'un commun accord avec les adolescents et jeunes,
- Le matériel de l'espace d'informations pour les jeunes doit être bien géré et le registre de fréquentation des jeunes devra être bien tenu. Enfin les activités qui sont organisées au niveau de l'espace d'informations pour les jeunes doivent être bien coordonnées,
- Toutes les activités programmées et qui se réalisent à l'espace d'informations jeunes doivent être approuvées par le centre de santé.

6.4. Organisation de l'espace d'informations et communication.

Chaque espace d'informations jeunes doit disposer de :

- Un plan qui indique les activités IEC à mener dans la communauté et au sein de l'espace d'informations jeunes par mois,
- Des matériels IEC : boîtes à images, Affiches, Dépliants, matériels de projection (LCD) films, matériels de sonorisation, supports audiovisuels éducatifs, appareil photo, jeux (cartes, jeux d'échec, scrabble, Play boy etc.),
- Tables, chaises, armoire, poubelle, Flipchart, marqueurs,
- Outils de gestion : registre de fréquentation, canevas de rapport,
- Un espace d'au moins 6 m de long et 4 m de large soit 24 m² et contenir au moins 20 jeunes au même moment au CS et un espace d'au moins 10m/6m pour le HGR

Troisième partie.

IMPLICATION ET PARTICIPATION DES ADOLESCENTS ET JEUNES AUX ACTIVITES DE SANTE DE LA REPRODUCTION.

Malgré les efforts déployés par le Ministère de la santé Publique, Hygiène et Prévention à travers le Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA), pour accroître l'accès des adolescents et jeunes à l'information et aux services de santé adaptés à leurs besoins, fort est de constater que bon nombre parmi eux ne s'impliquent pas et ne participent pas aux activités de santé de la reproduction leur destinés.

Les obstacles sont multiples dont ceux liés à l'adolescent ou jeune lui-même, aux prestataires des soins de santé, à l'organisation des services de santé, ainsi que les obstacles liés à la communauté.

La présente partie est l'une des meilleures approches qui propose les actions correctrices à mener pour impliquer et faire participer les adolescents et jeunes dans la planification, mise en œuvre et le suivi des activités de santé sexuelle et reproductive.

Il traite les points suivants : les définitions des concepts, l'importance de l'implication et la participation des adolescents et jeunes, les obstacles à l'implication et la participation des ados et jeunes ainsi que les actions à mener pour surmonter ces obstacles.

1.1. Définition des concepts.

- **Implication :**

On entend par « **implication** », le fait de **s'investir dans quelque chose** et de **s'engager**¹³. Dans ce cas, c'est le fait que les adolescents et jeunes **s'investissent ou s'engagent** aux activités ou interventions de santé sexuelle et reproductive qui leur sont destinées.

- **Participation :**

Dans le domaine de la santé de l'adolescent, la **participation** est définie comme le fait d'un adolescent ou jeune puisse **intervenir dans les discussions** et les **décisions touchant à l'organisation**, à l'offre et à l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive leur proposés.

C'est également l'implication volontaire et en toute connaissance de cause des adolescents et jeunes dans toutes les affaires les concernant en vue d'influencer la prise de décision et de réaliser des changements positifs surtout dans le domaine de santé.

¹³ Module de formation des formateurs : encadreurs et journalistes amis de l'enfant sur l'initiation à la participation des enfants, Unicef RDC, 2019.

- **Appropriation :**

L'appropriation dans le domaine de la santé de l'adolescent, est le fait qu'un adolescent ou un jeune **fait sienne les activités** (interventions) de santé sexuelle et reproductive (une question précise) **lui destinées**, et **s'en rendre propriétaire**.

Elle est un processus par lequel les adolescents et jeunes font leur les interventions de santé qui leur sont destinés. En effet, **impliquer et faire participer** les adolescents et jeunes dans l'offre et l'utilisation des services de santé leur offerts, permettent à ces derniers **de cesser d'être des simples bénéficiaires insoucieux**, pour **devenir des acteurs** qui, peuvent faciliter la pérennisation et l'amélioration des interventions de santé qui leur sont destinés.

1.2. Importance d'impliquer et faire participer les adolescents et jeunes aux services de santé.

Il est très important d'impliquer et faire participer les adolescents et jeunes aux activités de santé sexuelle et reproductive qui leur sont destinées, parce que :

1. C'est **un droit** pour eux. Il est reconnu par les instruments et textes juridiques nationaux et internationaux auxquels la RDC a souscrits (LPPE article 7 et CDE articles 12, 13 et 15)/ La stratégie nationale de la participation en RDC.
2. Elles permettent aux adolescents et jeunes de prendre part active à la **gestion, l'organisation et la prise des décisions** sur la SSR leur concernant. Pour ce, il faut les associer dès la planification, la mise en œuvre et le suivi de ces actions.
3. Elle permet aux adolescents et jeunes de devenir **des personnes** qui se **préoccupent et s'occupent des autres sans discrimination** aucune, et souvent sans y voir leur intérêt personnel.
4. Elle permet aux jeunes **d'être responsables de leur propre santé** (de poser des actes responsables concernant leur santé). Ceci a pour effet, les adolescents et jeunes sont en bonne santé et sont capables de contribuer à la résolution des problèmes qu'ils rencontrent dans la vie ;
5. Elle permet d'accroître le taux d'utilisation des services de santé par les jeunes (augmenter le nombre des jeunes qui fréquentent et utilisent les services de santé).

Bref, impliquer et faire participer les adolescents et jeunes aux activités de santé, permettent à ces derniers de s'en approprier (de faire les leurs toutes ces activités de santé).

1.3. Principaux obstacles à l'implication et participation des adolescents et jeunes dans les activités de santé sexuelle et reproductives.

Si les adolescents et jeunes ne s'impliquent pas et ne participent pas toujours dans les activités de santé sexuelle et reproductive, c'est parce que :

- Ils ne disposent pas les informations nécessaires sur l'importance de l'implication et participation aux activités de santé sexuelle et reproductive,
- Ils ne connaissent quand et de quelle manière il faut s'impliquer et participer aux activités de santé sexuelle et reproductive,
- Ils manquent les compétences nécessaires pour s'impliquer utilement dans l'offre des services de santé adaptés à leurs besoins ;
- Même s'ils disposent des connaissances sur l'implication et participation, ces derniers ne sont souvent pas motivés et déterminés,
- Les attitudes de certains prestataires des soins ne les encouragent souvent pas à s'impliquer et participer aux activités de santé de la reproduction. Les prestataires des soins ne savent pas qu'ils ont l'obligation d'impliquer et faire participer les jeunes aux activités de santé de la reproduction, ils manquent souvent la confidentialité et convivialité, ils portent souvent le jugement. Il en est de même pour les personnels non soignants œuvrant dans les formations sanitaires.
- Les membres de la communauté, y compris les parents ne connaissent toujours pas que l'importance d'impliquer et faire participer les adolescents et jeunes dans les activités de santé de la reproduction. Certains empêchent les adolescents et jeunes à fréquenter et utiliser les services de santé, ainsi que les points de prestation des services de santé de la reproduction à l'instar de l'espace d'informations et communication pour jeunes.
- Les horaires et le coût des services de santé proposés dans les formations sanitaires ne sont toujours pas adaptés à leurs besoins (services de santé coûtent très chers),
- Les services de santé proposés aux adolescents et jeunes sont très éloignés.

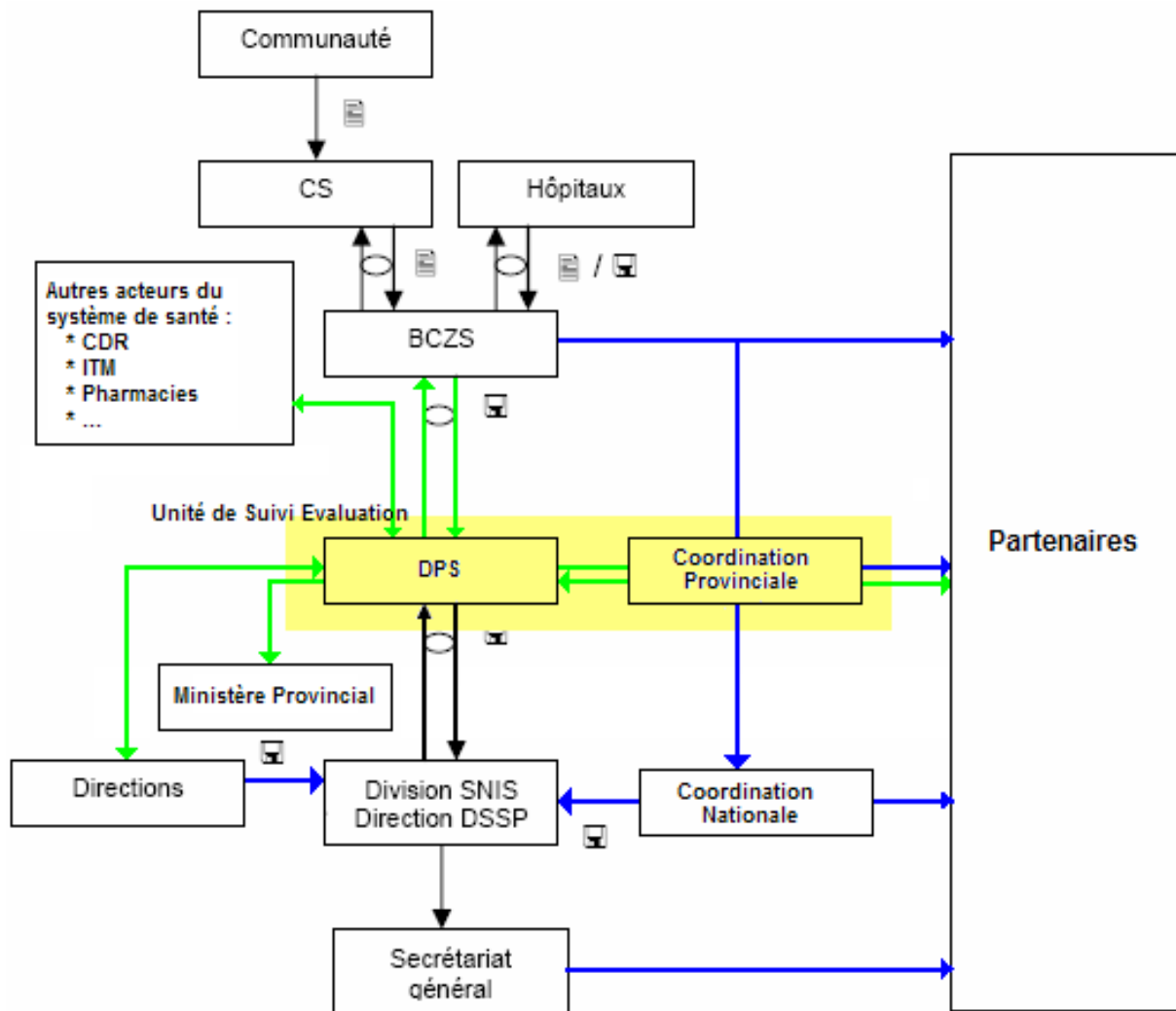
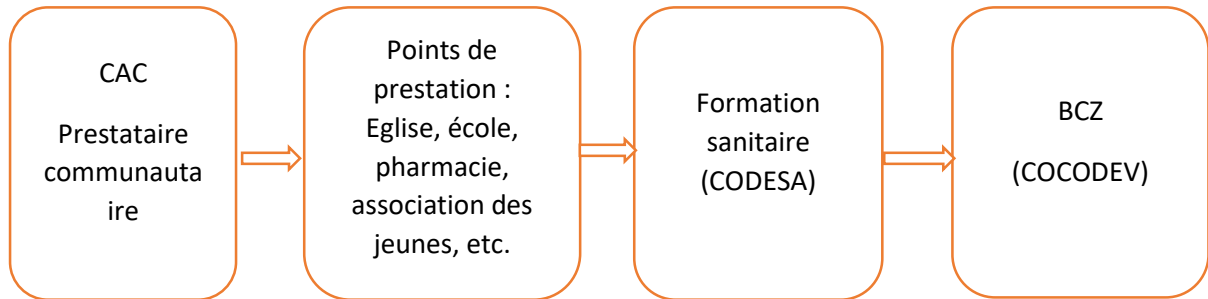
1.4. Actions (astuces) permettant d'impliquer et faire participer les adolescents et jeunes aux activités de santé de la reproduction.

Les principales actions à mener pour impliquer et faire participer les adolescents et jeunes à l'offre et l'utilisation des services de santé, sont :

- Partager avec les adolescents et jeunes les informations essentielles sur l'importance, le moment et la manière dont ils devront s'impliquer et participer aux activités de santé sexuelle et reproductive, à travers les séances de sensibilisation en faisant recours aux différentes techniques de communication.
- Sensibiliser les membres de la communauté, y compris les parents des jeunes, sur l'importance et la manière dont ces derniers doivent s'impliquer et participer aux activités de santé sexuelle et reproductive,
- Les adolescents et jeunes doivent désigner leurs représentants afin que ces derniers puissent les représenter dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de santé sexuelle et reproduction qui leur sont destinées.
A propos, les représentants doivent avant (d'abord) être briefés sur l'implication et participation.
- Encourager la collaboration entre les différentes associations des jeunes afin qu'ils puissent planifier ensemble les activités en rapport avec leur santé sexuelle et reproduction (avoir une même vision).
- Les représentants des jeunes choisis devront mener les activités de plaidoyer auprès des responsables des formations sanitaires, et des autres points de prestation des services de santé (églises, écoles, clubs des jeunes, etc.), afin que ces derniers puissent les impliquer et les faire participer dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de SSR,
- Organiser des réunions d'échanges pour permettre aux différentes catégories des adolescents et jeunes (groupes des jeunes vulnérables) d'émettre leurs idées

CIRCUIT DE RAPPORTAGE.

Le prestataire communautaire devra suivre ce circuit de rapportage des données :



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. République Démocratique du Congo, Institut National de la Statistique (INSS), annuaires statistiques de la RDC, 2020.
2. Ministère de la Santé Publique-PNSA, Brochure des Stratégies facilitant l'implication et la participation des adolescents et jeunes à l'offre et l'utilisation des services de santé, appui financier de l'UNICEF, version 2020.
3. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, Programme National de Santé de l'Adolescent, « Politique Nationale de Santé de l'Adolescent », édition 2009.
4. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, Programme National de Santé de l'Adolescent, « Standards des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes », édition 2022.
5. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention « Normes et Directives en matière de santé de l'adolescent », vol 5, édition 2020.
6. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, Programme National de Santé de l'Adolescent, « Plan Stratégique National de santé et bien-être des adolescents et jeunes, 2021-2025 ».
7. Didier LUKEME A, « Déterminants des Comportements Sexuels à risque chez les Adolescents en milieu scolaire dans la ville de Kinshasa », Rapport d'enquête, OMS-RDC, Kinshasa Juillet 2013.
8. Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF)-Nairobi, "Evaluation des services de sante adaptés aux besoins des adolescents et jeunes en RDC" (réalisée dans les provinces du kongo-central et de Kinshasa), Rapport de l'Évaluation, septembre 2015.
9. Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF)-Nairobi, "Assessment of Adolescents and youth friendly health service delivery east and southern Africa Region", Regional report, December 2019.
10. Ministère de la santé publique, Hygiène et Prévention, « Indice de Disponibilité et de capacité Opérationnelle des services (SARA) », RDC 2014.
11. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), (2014.) Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013-2014; pp. 91–112. [Google Scholar].
12. République Démocratique du Congo, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête.

13. 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.
14. Daniella Mark et All, « Assurer un soutien par les pairs aux jeunes et aux adolescents vivant avec le VIH » (Pediatric-Adolescent Treatment Africa; Education Development Center; Fonds des Nations Unies pour l'enfance; Organisation mondiale de la santé), 2020.
15. Module de formation des formateurs : encadreurs et journalistes amis de l'enfant sur l'initiation à la participation des enfants, Unicef RDC, 2019.
16. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Grossesse chez les adolescentes, Janvier 2020.
17. EngenderHealth/Le Projet AgirPF, Manuel de Formation sur la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes, et l'Offre de Services Adaptés aux Besoins des Adolescents et des Jeunes, 2015.
18. 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.
19. Par Youmanity, Pratiques traditionnelles néfastes : quels enjeux pour la coopération ? mai 2017
20. 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 2013.
21. Rapport ONUSIDA 2020 : Encore des progrès à faire pour maîtriser l'épidémie, juillet 2020.
22. Ministère de la Santé Publique/Programme National de lutte contre le SIDA, « Module de formation en Diagnostic conseil initié par le Prestataires » édition 2012 ?
23. Ministère de la Santé Publique « Guide de Prise en charge et l'accompagnement psychologique chez l'adolescent et jeune » 2ème édition, 2014.
24. Ministère de la santé publique /PNSR, « 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.
25. Ministère de la Santé Ministère de la santé publique /Programme national de santé de la reproduction, « Brochure des stratégies facilitant l'implication et participation des adolescents et jeunes dans l'offre et l'utilisation des services de santé », Version 2020.