



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET
PREVENTION

PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE L'ADOLESCENT



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

Version révisée,
Kinshasa, juin 2021.

TABLE DES MATIERES.

ACROYMES-----	i
REMERCIEMENTS-----	ii
INTRODUCTION -----	1
Chapitre 1.	
Signification de l'adolescence et ses implications en santé publique----	2
Chapitre 2.	
Santé de la Reproduction des adolescents et jeunes-----	15
Chapitre 3.	
Services de Santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes----	21
Chapitre 4.	
Implication et participation des adolescents et jeunes dans l'offre et l'utilisation des services de santé-----	27
Chapitre 5.	
Grossesse précoce, non désirée et contraception chez les adolescents et jeunes-----	32
Chapitre 6.	
Avortements provoqués chez les adolescentes et jeunes-----	39
Chapitre 7.	
Contraception chez les adolescentes et jeunes-----	47
Chapitre 8.	
Infections Sexuellement Transmissibles chez les adolescents et jeunes---	58
Chapitre 9.	
Infection à VIH chez les adolescents et jeunes-----	68
Chapitre 10.	
Généralités sur les violences sexuelles et basées sur le genre chez les adolescents et jeunes-----	71
Chapitre 11.	
Pratiques traditionnelles néfastes-----	86
Références Bibliographiques-----	89

ACRONYMES.

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

REMERCIEMENTS.

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

Conception :

Dr Didier LUKEME, MD, MPH-HE, spécialiste en santé de la reproduction (Programme National de Santé de l'Adolescent),

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

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 (IYAFFP), Mr Didier PEMBA (RACJ), Mr Lauraince BONGA (AFIA MAMA), Mme Déborah BALELIA (RAJECOPOP)

Rédaction :

Dr Didier LUKEME, MD, MPH-HE, spécialiste en santé de la reproduction (Programme National de Santé de l'Adolescent),

Appui financier :

UNICEF

Banque Mondiale

INTRODUCTION.

Le livret d'informations utiles sur les services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes est destiné aux prestataires des soins de santé (médecins, infirmiers, accoucheuses, etc.), qui ont la charge non seulement de communiquer avec les adolescents (10-19 ans) et jeunes (20-24 ans) sur les différentes thématiques liées à leur santé, en général et celles de la santé de la reproduction en particulier, mais également de prendre en charge dans les formations sanitaires, les adolescents et jeunes ayant des problèmes de santé.

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

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

Il est subdivisé en huit chapitres qui décrivent l'adolescence et ses transformations, les différents problèmes de santé de la reproduction, ainsi les services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes.

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

Objectif :

Mettre à la disposition des prestataires des soins de santé des informations essentielles sur les services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes afin qu'ils offrent les services de santé de qualité aux adolescents et jeunes.

Chapitre I :

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

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

1.1. DEFINITION DES CONCEPTS.

- **Adolescence :**

L'adolescence est une phase de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte (entre 10 et 19 ans). Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important des transformations physiques et psychiques, ce qui se reflète socialement.

Il ne faut pas confondre l'adolescence avec la puberté, qui commence à un certain âge suite aux processus hormonaux.

Résumé :

Les « **adolescents** » sont des personnes dont l'âge varient entre **10 et 19 ans**, les « **jeunes** » les personnes dont l'âge varie entre **10 et 24 ans**, et les « **Jeunes gens** » entre **15 et 24 ans**.

- **Puberté (Qu'est-ce que la puberté ?)**

C'est la **période marquant le début de l'adolescence**, elle est caractérisée par **l'apparition des caractères sexuels** spécifiques à chaque sexe. Le comportement de l'adolescent est modifié par rapport à celui de l'enfant, sa personnalité évolue.

Au cours de la puberté le corps se transforme, les organes reproducteurs de la fille (ovaires) et du garçon (testicules) se développent et deviennent fonctionnels. (Ces organes génitaux constituent les caractères sexuels primaires). Les caractères sexuels secondaires apparaissent (barbe, voix qui mue.. chez le garçon ; développement de la poitrine chez la fille).

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

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

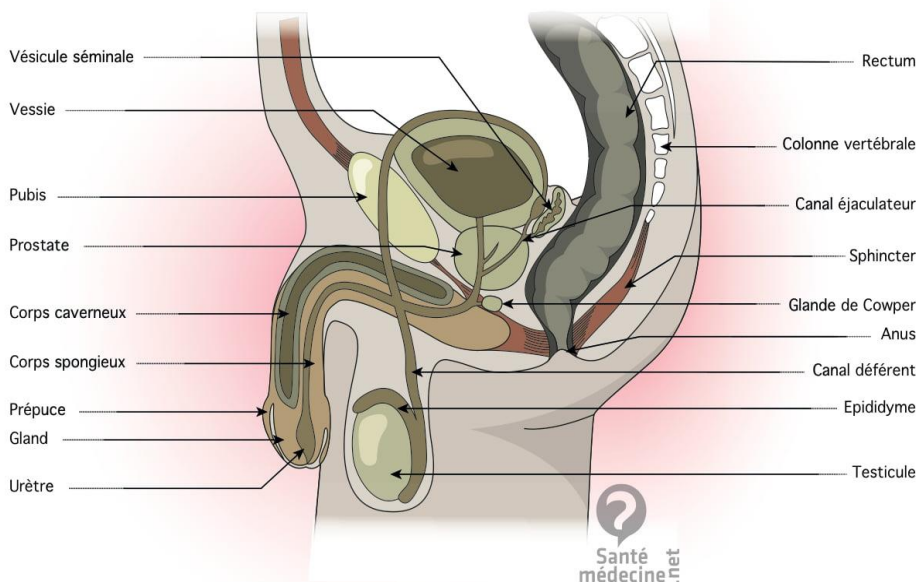
L'anatomie : C'est une science destinée à l'étude des différentes parties composant des organismes vivants, de types animal ou végétal.

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.

Ce point décrit les différents organes génitaux externes comme internes de l'homme et de la femme, ainsi que leurs principaux rôles.

1.2.1. LES ORGANES GENITAUX DE L'HOMME.

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



1.2.1.1. Organes génitaux externes.

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

- **Pubis (1) :**
Partie antérieure du bassin, qui se couvre de poils à la puberté. C'est aussi le nom donné à la partie antérieure de chacun des os iliaques, qui forment la ceinture du bassin.
- **Pénis (1) :**
C'est un organe érectile de forme cylindrique qui se termine par une tête appelée gland. Il est composé de deux parties principales les **corps caverneux** (comprenant trois cylindres des corps érectiles. Ils sont creux et se remplissent de sang lors de l'érection), et les **corps spongieux** (irrigués par un système des veines

et des vaisseaux qui recouvrent l'urètre). A son extrémité le gland est recouvert par le prépuce.

Notons par ailleurs que le pénis n'a pas de muscle. Il a pour rôles de copulation (rapport sexuel), et d'évacuation du sperme et des urines.

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

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

1.2.1.2. Organes génitaux internes :

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

- **Testicules (2) :**

Les testicules sont le siège de la **fabrication des spermatozoïdes (sécrétion externe)**. Ils sont au nombre de deux, contenus dans un sac, appelé scrotum, qui peut se contracter.

Ils ont la forme d'œufs de 2,5 centimètres de large sur 3,5 cm de long en moyenne. Si les testicules sont placés en dehors du corps, c'est parce qu'ils doivent être à une température légèrement inférieure à 37 degrés, pour fabriquer les spermatozoïdes.

Ils sont également responsables de la sécrétion d'une hormone : **la testostérone (sécrétion interne)**. C'est elle qui est à l'origine du développement des caractères sexuels secondaires masculins (poils, musculature...).

- **Epididymes (2) :**

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

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

- **Canaux déférents (2) :**

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

- **Vésicules séminales :**

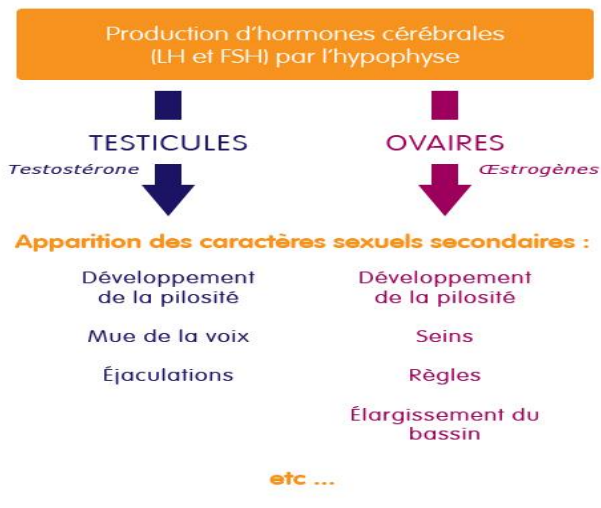
Ce sont deux glandes creuses ressemblant à des sacs mesurant 4 à 5 cm qui se trouvent sur le parcours des canaux déférents et les relient à la prostate elles servent de réservoir de sperme. Leur sécrétion gluante apporte des éléments énergiques aux spermatozoïdes facilitant ainsi leur ascension vers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

- **Urètre (1) :**
C'est un canal qui relie la vessie au méat urinaire. Il permet l'évacuation des urines lors de la miction et aussi l'évacuation du sperme lors du rapport sexuel (fonction d'élimination et reproductive).
- **Prostate (1) :**
C'est une glande située derrière la vessie. Elle secrète un liquide qui protège les spermatozoïdes du milieu acide du vagin et de l'urètre. Sa sécrétion participe aussi à la formation du sperme.
- **Glandes de Cowper (2) :**
Ce sont deux glandes situées de chaque côté de l'urètre, elles sécrètent un liquide qui lubrifie l'urètre pendant le rapport sexuel.

NB : L'ÉJACULATION.

L'émission de sperme par éjaculation résulte d'une stimulation nerveuse centrale adrénergique, entraînant une contraction des muscles lisses des épидидymes, des canaux déférents, des vésicules séminales et de la prostate, de telle sorte que les spermatozoïdes arrivent dans l'urètre (où ils se mélangent aux sécrétions des vésicules séminales et de la prostate) d'où ils sont expulsés en jet.

Environ 90% de l'éjaculat est formé des liquides sécrétés par les vésicules séminales et la prostate, ce qui explique le fait qu'un homme vasectomisé ne verra pas de différence au niveau de son éjaculation



De la puberté jusqu'à la mort, l'homme produit les spermatozoïdes au niveau des testicules et ceux-ci baignent dans le sperme.

Lorsque le sperme s'accumule suffisamment, il s'élimine la nuit pendant le sommeil sous forme de pollution nocturne.

Au moment des rapports sexuels l'homme éjacule 3 à 5 ml de sperme contenant 25 à 120 millions des spermatozoïdes dont un seul féconde l'ovule.

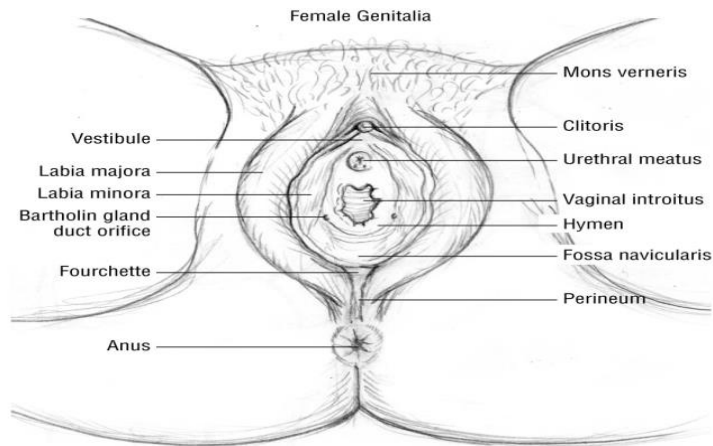
Un spermatozoïde normal est sous forme de têtard avec une tête et une queue ; il a une durée de vie de 2 à 3 jours en moyenne. Certains peuvent résister jusqu'à cinq jours.

1.2.2. LES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME.

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

1.2.2.1. Organes génitaux externes.

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

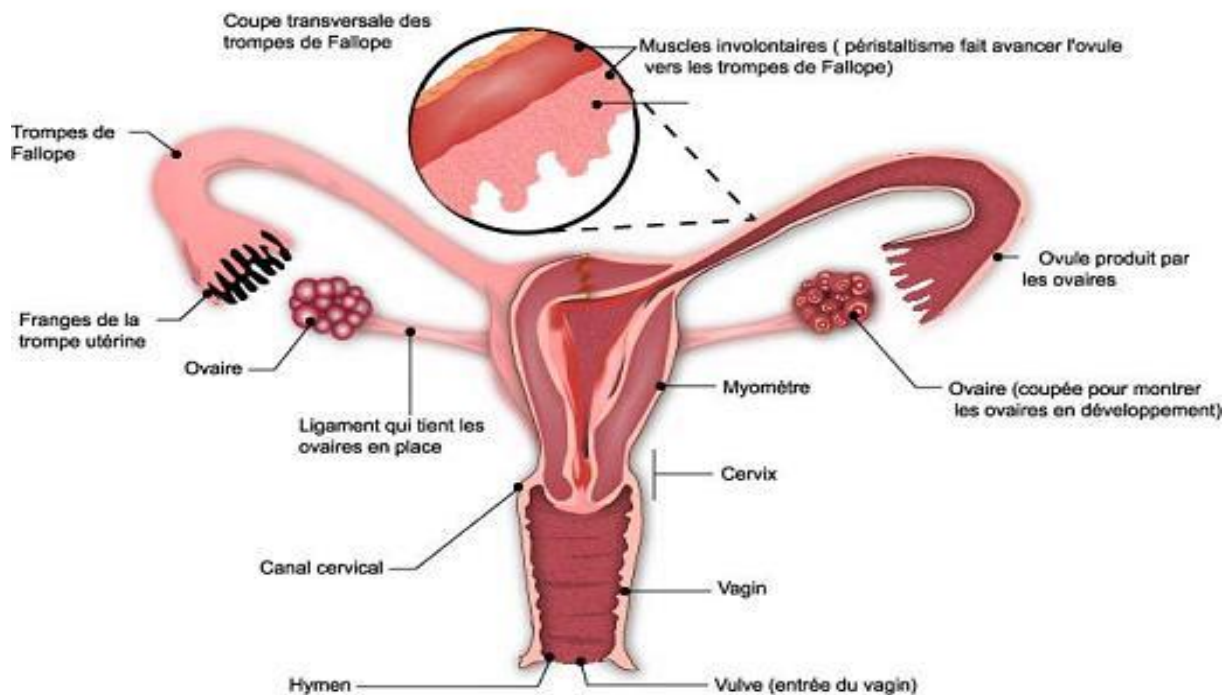


Les différentes parties de la vulve sont: le mont de venus, les grandes lèvres, les petites lèvres, les glandes de Bartholin, le clitoris, le méat urinaire et l'orifice vaginal.

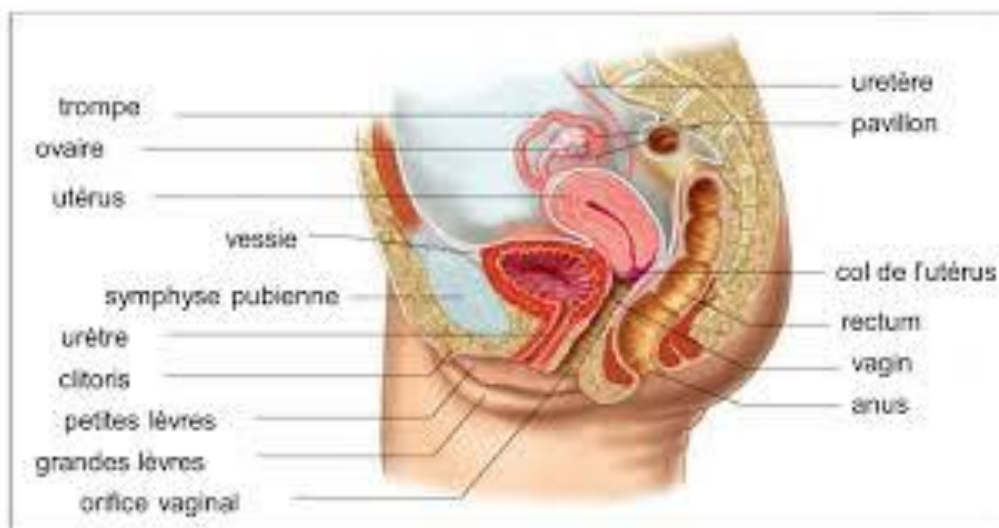
- **Mont de venus (pubis) :**
C'est la partie de la vulve couverte des poils (pubis),
- **Grandes lèvres (2):**
Les grandes lèvres sont des replis cutanés qui commencent à la région pubienne et finissent au périnée. Elles sont formées par du tissu graisseux et quelques faisceaux musculaires. Ce sont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

1.2.2.2. Organes génitaux internes.

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



Clinique L'Actuel



- **Vagin (1):**

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

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

- **Utérus ou la matrice (1):**

C'est un muscle creux, de forme ovale, de la grandeur d'un avocat renversé de la longueur de 6 à 8 cm, qui commence au 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 foetus et ce sont les muscles de la paroi qui vont l'expulser pendant l'accouchement (organe de parturition). S'il n'y a pas fécondation, cette couche va s'éliminer chaque mois sous forme des règles.

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

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

- **Ovaires (2) :**

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

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

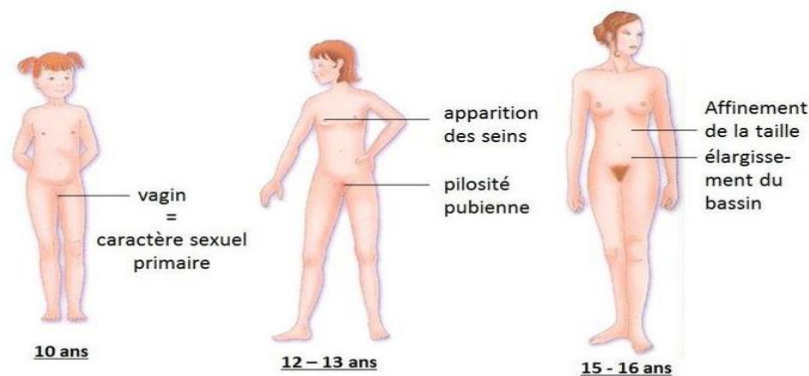
1.3. CHANGEMENTS IMPORTANTS SURVENANT PENDANT L'ADOLESCENCE.

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 :

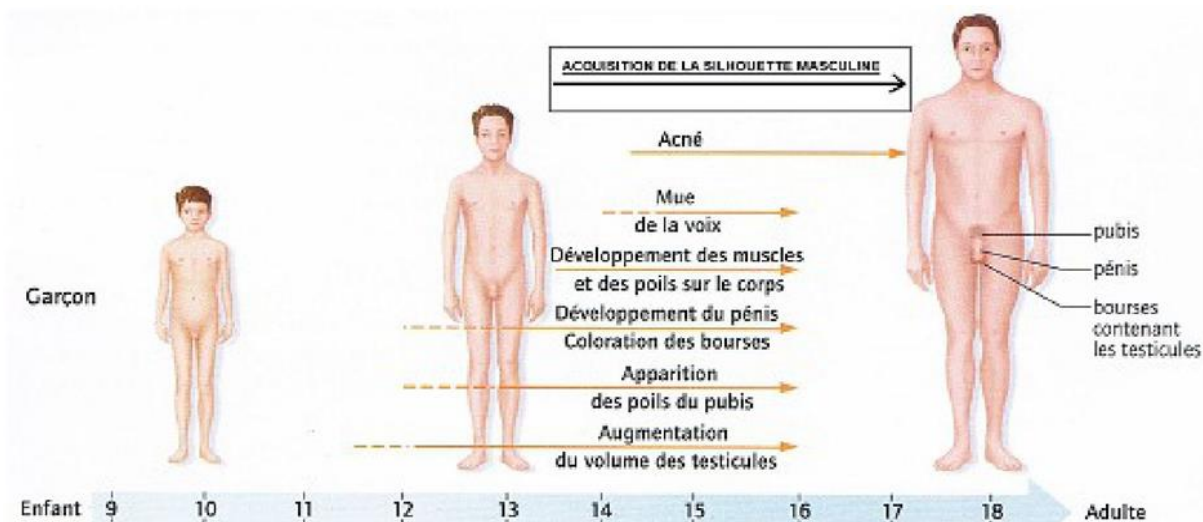
1.3.1. TRANSFORMATIONS PHYSIQUES.

- 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.

15

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. CARACTERISTIQUES 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;
- Le 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.

NB : De façon détaillée, les principaux changements que subi l'individu sont repris dans le tableau ci-dessous :

1.4. GENERALITES SUR LE CYCLE MENSTRUEL.

1.4.1. Définition et durée d'un cycle menstruel.

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

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

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

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

1.4.2. Phases d'un cycle menstruel.

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

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

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

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

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

- **Phase ovulaire ou ovulation**

Lorsque le taux d'œstrogènes indique que le follicule est mûr, le complexe hypothalamo-hypophysaire réagit en sécrétant massivement la LH. Sous l'effet de ce pic de LH, la tension du liquide contenu dans le follicule augmente ; sa paroi se rompt et libère l'ovocyte qui est alors aspiré par les franges du pavillon

de la trompe de Fallope. Là, il peut survivre 12 à 24 heures maximums. S'il n'a pas été fécondé par un spermatozoïde, l'ovocyte dégénère.

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

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

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

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

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

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

1.5. CONSEILS A DONNER AUX ADOLESCENTS ET JEUNES.

1.5.1. Conseils à donner aux garçons :

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

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

1.5.2. Conseils à donner aux filles :

En temps normal :

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

Pendant les règles :

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

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

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

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

- 1) **Bénéfices sur la santé de chaque adolescent**, en termes de santé actuelle et future, ainsi qu'en termes d'effets sur les différentes générations :
Investir dans la santé et le développement des adolescents permettra aussi de réduire la charge de morbidité et de mortalité après l'adolescence, car les comportements et les pratiques saines adoptées à l'adolescence perdurent généralement toute la vie.

Les adolescents d'aujourd'hui sont les parents, les enseignants et les dirigeants de demain. Ce qu'ils apprennent aujourd'hui, ils l'enseigneront demain à leurs propres enfants et à d'autres enfants.

2) Avantages économiques :

Les adolescents mieux préparés et en bonne santé seront plus productifs lorsqu'ils entreront dans la vie active. Lorsque les adolescents présentent un développement anormal ou meurent prématurément, les investissements réalisés préalablement sont perdus. Investir dans la prévention et dans la promotion au cours de l'adolescence, permet aussi de réaliser des économies sur les dépenses de santé futures.

3) Droits de l'homme :

Le fait de promouvoir et de protéger la santé des adolescents ne doit pas seulement être perçu comme un investissement, mais aussi comme un droit humain fondamental. La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, ratifiée par presque tous les gouvernements du monde, déclare que les jeunes disposent d'un droit à la vie, au développement, au (article 24) « *meilleur état de santé possible et aux services médicaux et de rééducation* » (33). La Convention accorde aussi aux jeunes le droit aux soins de santé préventifs et à une protection spécifique pour les personnes vivant dans des conditions particulièrement difficiles ou avec des handicaps.

Chapitre II.

SANTÉ DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES.

En RDC, bon nombre d'adolescents et jeunes débutent précocement leur activité sexuelle (rapports sexuels précoces), très souvent avec les partenaires multiples et ne recourent toujours pas à un préservatif. Ces comportements sexuels à risque les exposent au risque de contracter une grossesse précoce et non désirée, une infection sexuellement transmissible, ou une infection à VIH, etc.

Le présent chapitre traite des principaux problèmes de santé de la reproduction, auxquels sont confrontés les adolescents et jeunes en RDC. Il abordera les principaux facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur le comportement sexuels des adolescents et jeunes, les déterminants des problèmes de SSRAJ, etc.

2.1. Définitions des concepts

Sexualité :

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

Santé de la Reproduction (Génésique) :

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

2.2. Rapports sexuels chez les adolescents et jeunes.

Alors que leurs corps changent et se développent, de nombreux adolescents commencent précocement à s'intéresser au sexe. Les résultats de nombreuses études réalisées en RDC montrent que la plupart d'adolescents et jeunes débutent très tôt leur vie sexuelle. Avant l'âge de 15 ans, au moins 22% des jeunes ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels¹.

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

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

¹ EDS-RDC-2013-14

partage entre eux des films ou photos pornographiques via watshapp ou autres réseaux sociaux, etc.

Types des partenaires sexuels des adolescents et jeunes et lieux :

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

NB :

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

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

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.

2.3. Facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur le comportement sexuel des adolescents.

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

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

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

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

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

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

Le tableau nous permet de tirer les conclusions suivantes :

- **Famille** : les adolescents ayant une relation positive avec leurs parents ont généralement des rapports sexuels moins précoces.
- **Scolarité** : les adolescents ayant une relation positive avec leurs professeurs ont généralement des rapports sexuels moins précoces.
- **Amitié** : les adolescents qui pensent que leurs amis sont sexuellement actifs ont généralement des rapports sexuels plus précoces.
- **Croyances** : les adolescents avec une vie spirituelle ont généralement des rapports sexuels moins précoces.
- Les **comportements** à risque sont liés : les adolescents qui adoptent d'autres comportements à risque, tels que la consommation d'alcool et de drogues, ont généralement des rapports sexuels plus précoces.

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

Les jeunes hommes pensent souvent que la première expérience sexuelle leur permet d'affirmer leur identité d'homme et leur confère un statut au sein du groupe des pairs masculins. Pour de nombreux adolescents du monde entier, l'expérience sexuelle est perçue comme un rite de passage vers l'âge adulte et un accomplissement ou un exploit. Dans certaines sociétés, les " conquêtes " sexuelles sont souvent vantées auprès du groupe des pairs masculins, contrairement aux doutes et au manque d'expérience, qui sont généralement passés sous silence. En revanche, le rôle attribué aux filles et aux femmes dans les relations sexuelles est souvent passif. Elles ne sont pas encouragées, ou aidées, à prendre des décisions concernant le choix de leurs partenaires sexuels, à discuter avec les partenaires de la fréquence et de la nature de l'activité sexuelle, à se prémunir contre les grossesses non désirées et les maladies,

et enfin, à affirmer leur propre désir sexuel.

2.4. Déterminants des problèmes de santé de la reproduction des adolescents et jeunes.

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.

2.4.1. Déterminants biologiques :

- **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 ;
- **Niveau d'instruction de l'adolescent et connaissance en sexualité** : les adolescents et jeunes ayant un faible niveau d'instruction et ne disposent pas souvent des connaissances sur la leur santé de la reproduction sont dans la plupart de temps exposés aux problèmes de SSRAJ.
- **Curiosité** : l'une des principales caractéristiques de l'adolescence, c'est la curiosité, pendant cette période de vie l'adolescent s'il n'est pas bien accompagné peut courir des grands risque en rapport avec la SSR. Exemple : l'expérimentation des rapports sexuels non protégés et avec multiples partenaires, etc.
- **Consommation des substances psychoactives (toxicomanie)** : les adolescents et jeunes qui consomment des substances psychoactives (l'alcool et des drogues), adoptent souvent comportements sexuels à risque (rapports sexuels précoces, non-utilisation du préservatif pendant leurs rapports et ont des multiples partenaires sexuels) et sont exposés aux différents problèmes de santé de la reproduction.

2.4.2. Déterminants directs :

- **Insuffisance d'encadrement d'adolescent** : Plusieurs adolescents et jeunes ne sont souvent pas accompagnés par les adultes, ils sont fréquemment abandonnés à leur propre sort (eux-mêmes), par le fait même ils sont exposés aux différents problèmes de santé de la reproduction.
- **Influence des pairs** (amis et collègues) : Généralement les adolescents et jeunes sont influencés par leurs pairs et dans plus souvent dans le bon sens. Cette influence les conduit souvent à adopter les comportements à risque (consommation des substances psychoactives, les rapports sexuels précoces et non protégés et souvent avec plusieurs partenaires sexuels, etc.) qui les exposent aux différents problèmes de santé de la reproduction.

- **Pauvreté** (situation socio-économique précaire):
La situation socio-économique précaire que traversent bon nombre de familles en RDC, ne leur permet pas de couvrir tous les besoins de leurs enfants, ces derniers se donnent souvent à la prostitution pour couvrir leurs besoins. Les difficultés économiques peuvent contraindre les filles comme les garçons à partir de chez eux pour tenter de gagner leur vie grâce à une économie parallèle parfois précaire, renforçant ainsi leur vulnérabilité face aux prédateurs sexuels.
- **Promiscuité** :
Souvent les adolescents se retrouvent dans une situation où plusieurs personnes sont contraintes de vivre ensemble dans un espace restreint avec toutes les conséquences qui peuvent y arriver.
- **Inégalités des sexes** :
Les adolescentes sont plus vulnérables que les adolescents.

2.4.3. Déterminants éloignés :

- **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. Par exemple, les coutumes qui autorisent le mariage précoce, qui tolèrent la violence comme mode de résolution des problèmes, ou qui tolèrent les différentes formes des violences sexuelles, etc.
- **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. Ceux derniers à défaut de trouver les vraies informations à l'école ou lors de sensibilisation, se contentent des informateurs reçues de leurs pairs qui sont dans la majorité de cas faux ou des rumeurs. Le dialogue entre parents et enfants sur la sexualité est d'une importance capitale.
- **Insuffisance des structures de prise en charge** : Cette insuffisance des structures est l'un des facteurs favorisant les problèmes de santé de la reproduction. En effet, un nombre important d'adolescents et jeunes qui ont des besoins non satisfaits en matière de SSR et de la contraception, n'ont pas accès par insuffisance des structures qui sont censées couvrir ces différents besoins, par conséquent ils sont exposés aux multiples problèmes de santé de la reproduction.

2.5. Promotion de la santé de la reproduction des adolescents et jeunes.

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

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

Chapitre III.

SERVICES DE SANTE ADAPTES AUX BESOINS DES ADOLESCENTS ET JEUNES.

En RDC, la majorité d'adolescents et jeunes ne n'ont souvent pas accès à l'information et aux services de santé adaptés à leurs besoins, alors qu'ils ont des multiples besoins en matière de santé de la reproduction. Plusieurs facteurs sont incriminés dont la faible couverture en services de santé adaptés aux jeunes, les obstacles liés à l'adolescent ou jeune lui-même, au prestataires des services et personnel non soignant, à l'organisation des services de santé, etc.

Le présent chapitre traite des rôles que doivent jouer les services de santé dans la promotion de la santé des adolescents et jeunes, des Caractéristiques d'un SSAAJ, des Obstacles à l'utilisation de SSAAJ, ainsi que de l'Espace d'informations et communication pour les adolescents et jeunes.

3.1. Définition des concepts

1. Service de santé adapté aux adolescents et jeunes.

Par « service de santé adapté aux adolescents et jeunes » l'on entend, tout service qui **répond aux besoins et aux attentes des adolescents et jeunes** de façon appropriée et efficace et qui respecte leurs droits.

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

2. Points de prestation des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes.

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

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

3.2. Rôles que doivent jouer les services de santé dans la promotion de la sante des adolescents et jeunes

Les services de santé ont pour principal rôle d'aider les adolescents et jeunes à rester en bonne santé et, à effectuer leur passage à l'âge adulte; ils doivent aussi apporter leur soutien aux jeunes qui cherchent à être en bonne santé, en traitant ceux qui sont malades, blessés ou préoccupés et en intervenant auprès de ceux qui sont à risque. Pour promouvoir un développement favorable à la santé des adolescents l' OMS, l'UNFPA et l'UNICEF ont prévu un cadre qui prévoit une série d'interventions à mettre en œuvre pour répondre aux besoins des adolescents, il s'agit de: fournir les informations; créer un environnement sur et favorable pour la prise en charge de leurs problèmes ; renforcer les compétences et offrir les services de santé et des conseils.

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

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

3.3. Caractéristiques des services de sante adaptés aux adolescents et jeunes.

Les services de santé adaptés aux adolescents représentent une approche rassemblant les qualités que les jeunes exigent et les normes strictes qui doivent être respectées dans les formations sanitaires.

Ils sont dits adaptés aux adolescents et jeunes, quand ils sont **accessibles, acceptables, appropriés, complets, équitables, efficaces et performants**. Ils doivent se trouver dans le lieu idéal au moment idéal et au prix idéal (gratuits si nécessaire) et être fournis d'une manière idéale, acceptable pour les jeunes.

Ils doivent être performants car tout y est inclus. Ils ne doivent faire aucune discrimination de sexe, d'appartenance ethnique, de religion, de handicap, de statut social ou de toute autre nature.

Ils doivent atteindre ceux qui sont les plus vulnérables et ceux qui ont besoin de ces services.

Les services sont complets, dans la mesure où ils apportent un package de services essentiels à l'ensemble du groupe cible.

Ils sont efficaces car ils sont dispensés par des prestataires de santé à la fois formés et motivés qui sont techniquement compétents et qui savent comment communiquer avec les jeunes sans être péremptores ou moralisateurs ; et ces services enregistrent suffisamment d'informations pour pouvoir surveiller et améliorer les performances.

Ils respectent également un système d'amélioration de la qualité des soins afin que le personnel soit soutenu et remotivé pour pouvoir maintenir le niveau de ces normes strictes.

Le standard d'or signifie, pour les services de santé adaptés aux adolescents, qu'ils sont efficaces, sûrs et abordables, qu'ils satisfont les besoins personnels des jeunes qui reviennent quand ils le doivent et recommandent ces services à leurs amis.

Même si cet idéal ne peut être atteint immédiatement, les améliorations apportent des résultats.

Rendre les services «adaptés aux adolescents» ne consiste pas principalement à créer des services spécialisés distincts, bien que le style de certains établissements puisse évoluer. Le plus grand avantage provient de l'amélioration des services de santé génériques dans les communautés locales et de l'amélioration des compétences des prestataires de santé pour suivre efficacement les adolescents.

Ces caractéristiques exigent :

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

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

3. **Prestataires de soins de santé spécialisés qui**
 - **Soient techniquement compétents en SSAAJ et offrent les soins promotionnels, préventifs, curatifs et réhabilitation.**
 - **Possèdent des qualités d'échange et de communication;**

- Soient motivés et soutenus;
 - Ne portent pas de jugement, soient attentifs, fiables et dignes de confiance et accordent suffisamment de temps aux ados et jeunes;
 - Agissent dans l'intérêt de leurs ados et jeunes;
 - Traitent tous les clients avec autant de soin et de respect.
- 4. Un personnel d'appui formé qui soit**
- Compréhensif et prévenant et qui traite chaque adolescent avec autant de soin et de respect;
 - Accueillant,
 - Compétent, motivé et bien soutenu.
- 5. Des structures médicales adaptées aux adolescents qui :**
- Offrent un environnement sécurisant dans un lieu accessible ainsi qu'une ambiance agréable;
 - Proposent des horaires d'ouverture pratiques;
 - Garantissent le respect de l'anonymat et évitent la stigmatisation;
 - Fournissent des informations et des documents pédagogiques.

3.4. Obstacles à l'utilisation des services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes.

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

3.4.1. Obstacles liés à l'adolescent :

- Honte se faire examiner par un prestataire de sexe opposé,
- Ignorance de l'existence des services et des conséquences des problèmes de santé de la reproduction.

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

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

3.4.3. Obstacles physiques et institutionnels:

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

3.4.4.Obstacles socioculturels :

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

3.5. Espace d'information et communication pour jeunes



3.5.1.Définition

Un « espace d'informations et communication pour 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 de la reproduction, selon l'approche conviviale.

3.5.2.Missions de l'espace.

- 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 de la reproduction 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.

3.5.3. Principaux rôles

- 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.

3.5.4. Fonctionnement de l'espace d'informations pour jeunes.

- Les activités de l'espace d'informations jeune 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.

3.5.5. Organisation de l'espace d'informations pour les adolescents et jeunes.

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

Chapitre IV.

IMPLICATION ET PARTICIPATION DES ADOLESCENTS ET JEUNES A L'OFFRE ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE.

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 adapté à leurs besoins, fort est de constater que bon nombre parmi eux ne s'impliquent pas et ne participent pas à l'offre et l'utilisation des services de santé 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.

Le présent chapitre 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.

4.1. Définition des concepts.

Implication :

On entend par implication le fait de **s'investir dans quelque chose** et de **s'engager**. Dans ce cas, c'est le fait que les adolescents et jeunes s'investissent ou s'engagent aux interventions de santé qui leur sont destinées⁴.

Participation :

Dans le domaine de la santé de l'adolescent, la participation est définie comme le fait d'un adolescent ou un 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.

⁴ 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.

4.2. Importance de l'implication et de la participation des adolescents et jeunes

Impliquer et faire participer les adolescents et jeunes à l'offre et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive est très capital, 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. Elle favorise **l'émergence** d'une génération consciente des problèmes que connaissent notre société et surtout contribue à proposer des solutions pour les résoudre ;
3. Elle fait des adolescents et jeunes des **personnes qui ont plus confiance en elles-mêmes**, débarrassées de toute esprit de paternalisme, souvent nuisible à l'auto-prise en charge et donc à l'épanouissement ;
4. 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.

4.3. Principaux obstacles à l'implication et à la participation des adolescents et jeunes⁵.

Plusieurs obstacles sont responsables et expliquent la faible implication et participation des jeunes à l'offre et l'utilisation des services de santé. Il s'agit d'obstacles liés l'adolescent et jeune lui-même, au prestataire des soins de santé, à l'organisation des services dans les formations sanitaires, et ceux liés à la communauté.

⁵ 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, 2020.

4.3.1. Obstacles liés à l'adolescent ou jeune lui-même.

Si les adolescents et jeunes ne s'impliquent pas et ne participent pas à l'offre et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive, c'est parce que :

- Ils ne disposent toujours pas assez d'informations sur leurs droits en matière de santé et manquent les compétences nécessaires pour s'impliquer et participer utilement dans l'offre des services de santé adaptés à leurs besoins. Leur participation reste utilitariste aussi longtemps qu'ils ne sont pas acteurs pas de l'offre et utilisation des services de santé.
- Certains parmi eux ne comprennent pas pourquoi, quand et comment s'impliquer et participer aux interventions de santé (ignorance).
- D'autres par contre ont souvent honte et peur. Ils manquent l'estime de soi, la confiance en eux-mêmes. Cela interfère sur leur engagement dans la participation aux interventions de santé.
- Ils ne se sentent pas concernés parce qu'ils ne sont pas généralement associés à l'étape de la planification, de mise en œuvre et de suivi des activités en rapport avec leur santé,
- Certains parmi eux **ne trouvent pas d'intérêt, ni de motivation**. Ils **ne se sentent pas ou ne sont pas souvent responsabilisés**, etc. et d'autres sont souvent découragés par la non-pérennisation des services.
- Ils accordent peu de temps aux activités qui concernent leur santé.

4.3.2. Obstacles liés au prestataire des soins de santé et personnel non soignant.

Les prestataires des soins de santé et le personnel non soignant œuvrant dans les formations sanitaires constituent des vrais obstacles à l'offre et l'utilisation des services de santé par les adolescents et jeunes, parce que :

- ils **ne savent toujours pas** qu'ils ont le devoir de faire impliquer et participer les adolescents et jeunes dans l'offre et l'utilisation des services de santé (ignorance),
- ils **manquent de confidentialité et convivialité**. Ils sont souvent peu courtois et peu respectueux envers les adolescents et jeunes qui consultent leurs formations sanitaires (manque de courtoisie et respect, etc.).
- ils ne communiquent pas assez avec les adolescents et jeunes sur l'implication, la participation et l'appropriation des interventions de santé par ces derniers (Manque de communication efficace entre les jeunes et les prestataires),

- ils ne trouvent pas toujours de l'intérêt pour faire participer les jeunes aux activités de santé (Manque d'intérêt), par conséquent ils ne responsabilisent pas très souvent les adolescents et jeunes.
- ils pensent que les adolescents et jeunes ne disposent pas des compétences pour participer aux activités de santé (les prestataires ne croient pas à la capacité des jeunes).

4.3.3. Obstacles liés à l'organisation des services :

- Les services de santé **ne sont toujours pas disponibles**, parfois **très éloignés** de lieu d'habitation bénéficiaires (faible couverture en services de santé). Parfois le **paquet des services n'est pas toujours complet**, obligeant des adolescents et jeunes d'aller consulter ailleurs (paquet des services incomplet).
- Le **coût des services de santé n'est pas toujours à la portée** des adolescents et jeunes (services de santé coutent parfois très chers pour les adolescents et jeunes).
- Très souvent les horaires des services de santé offerts dans les formations sanitaires ne sont pas adaptés aux horaires des adolescents et jeunes.

4.3.4. Obstacles liés à la communauté (la famille, école, église, réseaux des jeunes...)

- Bon nombre des membres de la communauté ne disposent pas des connaissances (pas informés) sur les besoins des adolescents et jeunes en matière de SSR et sur l'importance de l'implication et participation de ces derniers dans l'offre et l'utilisation des services de santé,
- Certains ne croient pas en leur capacité (des jeunes) à s'impliquer et participer aux interventions de santé. D'autres n'encouragent pas, n'accompagnent pas et n'initient pas les adolescents et jeunes à s'impliquer et participer à l'offre et l'utilisation des interventions de santé.
- Souvent les membres de la communauté stigmatisent et rejettent les jeunes qui offrent les services de santé sexuelle et reproductive aux autres jeunes (selon eux c'est pousser les jeunes à la débauche),
- L'inégalité de genre (ne permet pas d'offrir à chacun de se développer dans les domaines de la vie),
- Certains Us et coutumes sont responsables de la faible implication et participation des adolescents et jeunes dans l'offre et utilisation des interventions de santé.

4.4. Actions facilitant l'implication et la participation des adolescents et jeunes.

Les principales actions pour l'implication et participation des adolescents et jeunes à l'offre et l'utilisation des services de santé, sont regroupées de la manière suivante : Des actions pour contourner les obstacles liés, à l'adolescent ou jeune, au prestataire des soins de santé et personnel non soignant, à l'organisation des services de santé et celles pour contourner les obstacles liés à la communauté.

4.4.1. Actions pour contourner les obstacles liés à l'adolescent ou jeune.

- Sensibiliser, selon leur âge et leur degré de maturité, les adolescents et les jeunes sur l'importance de leur implication et participation dans l'offre et l'utilisation des services de santé lors des consultations et à plusieurs autres occasions. Leur montrer que la participation est un droit et qu'ils ne devraient pas s'en priver.
- Aider les adolescents et jeunes à développer les compétences de vie courante.
- Organiser les réunions d'échange, associer et responsabiliser les adolescents et jeunes dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions en leur faveur.
- Intégrer les adolescents et jeunes dans les structures de participation communautaire (CAC, CODESA, CODEV, ...)
- Organiser des campagnes de sensibilisation des membres de la communauté sur l'importance de faire impliquer et participer les adolescents et jeunes à l'offre et l'utilisation des services de santé.

4.4.2. Actions pour contourner les obstacles liés l'organisation des services de santé

- Organiser des stratégies avancées pour atteindre les adolescents et jeunes éloignés.
- Elaborer les horaires des activités en collaboration avec les adolescents et jeunes.
- Mener le plaidoyer pour une subvention des services (tarification préférentielle, gratuité des services, tarification forfaitaire, etc.).

4.4.3. Actions pour contourner les obstacles liés à la communauté

- Informer les membres de la communauté sur l'importance de faire impliquer et participer les adolescents et jeunes à l'offre et l'utilisation des services de santé,
- Organiser des campagnes de sensibilisation des membres de la communauté sur l'importance de faire impliquer et participer les adolescents et jeunes à l'offre et l'utilisation des services de santé.
- Organiser des réunions de plaidoyer avec les leaders communautaires pour faciliter l'implication, la participation des adolescents et jeunes dans l'offre et l'utilisation des services de santé.

GROSSESSES PRECOCES ET NON DESIREES

La grossesse chez l'adolescente n'est pas un phénomène rare dans le monde, en Afrique et en République Démocratique du Congo. Elle constitue un vrai problème de santé publique.

Près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15-19 ans et quelque 1 million de filles âgées de moins de 15 ans mettent au monde des enfants chaque année, la plupart dans des pays à faible revenu comme le RDC⁶.



En RDC, l'on estime à près de 27-28% la prévalence des grossesses précoces et non désirées chez les adolescentes (15-19 ans)⁷.

Le présent chapitre traite des facteurs favorisant la survenue d'une grossesse précoce, les moyens de prévention, ainsi que les principes de prise en charge d'une grossesse chez les adolescentes et jeunes.

4.1. Définition et facteurs favorisant la survenue d'une grossesse précoce et non désirée.

4.1.1. Définition d'une grossesse précoce.

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

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

4.1.2. Facteurs favorisant la survenue d'une grossesse.

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

1. Rapports sexuels forcés :

Les adolescentes sont parfois contraintes à avoir des rapports sexuels, généralement avec des adultes et avec des pairs appartenant à leur cercle social. Ces agressions peuvent entraîner des grossesses.

⁶ OMS, La grossesse chez les adolescentes, 23 février 2018

⁷ EDS-RDC, 2013-14

Les filles, victimes d'abus sexuels et de viol, peuvent souffrir de graves conséquences physiques et psychologiques pendant toute leur vie.

2. Niveaux d'éducation :

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

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

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

4. Facteurs socio-économiques.

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

5. Autres comportements à risque.

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

6. Manque de connaissances.

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

7. Accès insuffisant aux services :

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

Qui plus est, dans de nombreux pays en développement, les progrès

récents en matière de prévalence de la contraception concernent presque exclusivement les femmes plus âgées et mariées, et non les adolescentes.

4.2. Risques et conséquences liés à la grossesse et à l'accouchement chez les adolescentes.

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

4.2.1. Risques sur le plan sanitaire :

Risques pour la mère:

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

1. Risques en période prénatale.

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

2. Risques pendant l'accouchement.

- **Naissance prématurée (avant terme)** : Ce constat peut s'expliquer par l'immaturité des organes génitaux des adolescentes. Cependant, des facteurs sociaux tels que la pauvreté, des facteurs comportementaux tels qu'une

consommation excessive de substances psychotropes et une prise en charge prénatale insuffisante, ont également une influence négative sur l'issue de la grossesse.

- **Accouchement par césarienne :**

- La **disproportion foeto-pelvienne** est plus fréquente chez les jeunes filles de moins de 15 ans que chez les adolescentes plus âgées et les femmes adultes. Cette différence s'explique par l'immaturation des os iliaques et par la petite taille de la filière pelvienne et génitale.
- **Pré-éclampsie** : hypertension, œdèmes et albuminurie
- **Eclampsie** : hypertension, œdèmes, albuminurie et convulsion

3. Risques en période post-partum.

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

Risques pour le bébé:

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

4.2.2. Conséquences sur le plan socioéconomique :

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

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

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

C'est parce que :

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

4.3. Prévention des grossesses précoces.

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

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

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

4.4. Prise en charge de la grossesse et l'accouchement chez les adolescentes.

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

1) Diagnostic précoce de la grossesse chez une adolescente.

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

2) Soins prénatals à une adolescente.

Les consultations prénatales comprennent 14 interventions opérationnelles, à savoir :

1. Education sanitaire et nutritionnelle ;
2. Dépistage et conseil initié par le prestataire(DCIP) ;
3. Prophylaxie et traitement aux antirétroviraux (ARV) et prophylaxie au cotrimoxazole pour les femmes enceintes vivant avec le VIH ;
4. Administration du vaccin antitétanique (VAT) ;
5. Traitement présomptif intermittent (TPI) du paludisme ;
6. Promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA)
7. Supplémentation en micronutriment : fer-folate dès la 1^{ère} visite CPN jusqu'à 3 mois après accouchement ;
8. Traitement présomptif de l'ankylostomiase (parasitoses) au Mébendazole.
9. Dépistage et traitement de la syphilis ;
10. Diagnostic et traitement des Infections sexuellement transmissibles (IST) ;
11. Dépistage et traitement des maladies liées à la grossesse ;
12. Dépistage des maladies qui influent sur l'évolution de la grossesse ;
13. Détection des signes de danger ;
14. Référence à temps des cas des grossesses avec complications.

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

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

Conseils pendant la grossesse.

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

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

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

- Lorsque la grossesse d'une adolescente se déroule sans incidents, que les complications, sont traitées correctement, que l'accouchement a lieu à terme et que le fœtus se présente par la tête, l'accouchement ne présente pas de risques particuliers. En revanche, si par exemple, l'adolescente est atteinte d'anémie sévère, une hémorragie du post-partum peut s'avérer dangereuse.
- Il faut arriver à convaincre l'adolescente d'accoucher à la maternité.

- Les recommandations de l'OMS notamment relatives à l'utilisation du partogramme, à la gestion active de la troisième phase de l'accouchement et à l'administration de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base ou complets lors d'un accouchement sont intégrées dans les standards nationaux et dans les formations de base et continue des prestataires de soins. En plus de l'observation et du suivi, le fait d'apporter un soutien à l'adolescente et à son partenaire (ou son compagnon) est aussi très important.

4) Suivi durant le post-partum

Le postpartum est la période qui débute juste après l'accouchement jusqu'au 42^e jour. Il présente des risques de santé importants aussi bien pour la mère que le nouveau-né. Malheureusement, il reçoit moins d'attention de la part des prestataires de soins par rapport à la période prénatale (la grossesse) et l'accouchement si bien que les consultations post-natales ne sont pas suivies de manière systématique.

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

Elle comprend 9 interventions opérationnelles, à savoir :

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

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

AVORTEMENTS PROVOQUES CHEZ LES ADOLESCENTES ET JEUNES.

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

L'Organisation Mondiale Santé (OMS) estime environ à 25 % de l'ensemble des grossesses dans le monde qui se soldent par un avortement provoqué. Chaque année, près de 3 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans subissent des avortements à risque.



En RDC, la prévalence des avortements clandestins chez les adolescentes est estimée à 30% (ELS 1998). Les avortements provoqués sont l'une des principales causes de mortalité maternelle en RDC (l'avortement provoqué représente jusqu'à 13 % de tous les décès maternels).

Le chapitre sur les avortements provoqués chez les adolescentes aborde : (i) les généralités sur les avortements provoqués chez les adolescents et jeunes, (définition et facteurs favorisant, les conséquences et facteurs déterminants les complications d'avortements, etc.) et (ii) Prise en charge des complications des avortements provoqués chez les adolescentes et jeunes : Anamnèse, l'examen physique, le traitement des complications des avortements chez adolescentes et jeunes, etc.

5.1. GENERALITES SUR LES AVORTEMENTS PROVOQUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

5.1.1. Définition et facteurs favorisants.

Par définition, un « avortement » est toute interruption de la grossesse avant l'âge de viabilité fœtale (avant 28 semaines d'aménorrhée ou 6 Mois) pour la RDC.

L'OMS quant à elle c'est toute interruption qui survient avant 22 semaines d'aménorrhée.

Facteurs favorisants les avortements provoqués chez les adolescentes :

Les facteurs favorisants ces avortements provoqués sont de plusieurs ordres dont voici les principaux :

- Grossesse non désirée : Quand une adolescente a contracté une grossesse qu'elle n'avait pas souhaitée ou désirée, elle finit généralement par avorter.

- Education : les filles enceintes qui craignent d'être renvoyées de l'école ou de devoir suspendre leurs études pensent parfois ne pas avoir d'autre choix que d'interrompre leur grossesse.
- Facteurs économiques : les adolescentes disposent de moins de ressources économiques pour prendre soin d'un enfant; il semble donc normal que des pressions économiques les incitent à recourir à l'avortement.
- Réprobation sociale: dans les sociétés où la grossesse avant le mariage est perçue comme étant immorale, les adolescentes ont recours à l'interruption de grossesse afin de ne pas s'exposer, elles et leur famille, à la honte et à la réprobation.
- Absence de relation stable: cette raison est plus souvent évoquée par les adolescentes que par les adultes
- La mauvaise utilisation de la contraception: l'usage de contraceptifs est souvent rare chez les adolescentes. Lorsqu'elles en utilisent, c'est souvent de façon irrégulière et inappropriée. En outre, elles ont généralement recours à des méthodes moins efficaces.
- Rapports sexuels forcés (y compris le viol et l'inceste) : des données issues de diverses cultures indiquent qu'un plus grand pourcentage de viols et d'atteintes sexuelles sont perpétrés à l'encontre d'adolescentes que d'adulte.

5.1.2. **Complications et facteurs déterminants les complications d'avortements provoqués chez les adolescentes.**

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

- **Conséquences médicales :**
A court et à moyen terme : les lésions cervicales ou vaginales, le sepsis (septicémie), l'hémorragie, la perforation de l'utérus ou de l'intestin, le tétanos, l'infection ou l'abcès pelviens, et les caillots sanguins intra-utérins, fistules obstétricales, décès.
A long terme : la stérilité secondaire, le risque accru de grossesse extra-utérine et d'accouchement prématuré.
- **Conséquences psychologiques :**
 Les adolescentes enceintes se sentent notamment perdues et affligées. Certaines expriment aussi de la culpabilité liée non seulement à l'avortement même, mais aussi à la pratique sexuelle et au fait de ne pas avoir assumé leur rôle de femme en optant pour l'avortement.
- **Conséquences sociales et économiques :**
 Les conséquences sociales et économiques de l'avortement provoqué affectent la fille elle-même, sa famille, sa communauté et l'ensemble de la société.

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

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

- **Consultation tardive** : les adolescentes peuvent consulter tardivement car elles ne savent pas forcément qu'elles sont enceintes ou ne veulent pas l'admettre, même si elles s'en rendent compte. Elles ne savent pas toujours où obtenir de l'aide ou se faire aider en raison de facteurs limitant, tels que le coût, l'attitude et le comportement des prestataires de soins de santé, etc.
- **Recours à des prestataires non qualifiés** : Les adolescentes ont plus fréquemment recours à l'avortement pratiqué par des prestataires non qualifiés que les femmes adultes. Plus les adolescentes sont jeunes, plus ils sont ignorants et il est probable que l'avortement soit pratiqué par une personne extérieure au secteur médical.
- **Utilisation de méthodes dangereuses** : Les adolescentes ont plus souvent recours que les adultes à des méthodes d'avortement dangereuses, telles que l'insertion d'objets dans l'utérus, l'utilisation de préparations à base de plantes dans le vagin ou la prise de plusieurs préparations préconisées par la médecine moderne ou traditionnelle, que ce soit par voie orale ou par injection.
- **Obstacles légaux** : En RDC, la loi interdit la pratique de l'avortement, ainsi rendant plus difficile l'accès des adolescentes à l'avortement sûr. Dans certains pays, le consentement du mari, des parents ou du tuteur est nécessaire à l'avortement si la femme n'a pas atteint un certain âge. En général, la mortalité liée à l'avortement est élevée dans les pays où l'avortement fait l'objet de contraintes légales et où les services de santé de la reproduction ne sont pas largement disponibles.

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

5.2. PRISE EN CHARGE DES AVORTEMENTS CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

5.2.1. Anamnèse.

Considérations générales :

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

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

Le prestataire des soins devra accueillir la cliente chaleureusement. Il posera des questions pour rechercher les antécédents médico-chirurgicaux, gynéco-obstétriques (Parité, Gestité et Avortement, etc.), la date de dernières règles, l'évolution de la grossesse, sur l'utilisation éventuelle de la contraception, etc.

Il posera d'autres questions pour déterminer les caractéristiques de l'hémorragie: la durée, aspect (rouge, marron, noir), abondance, sang liquide ou caillots, présence de débris ovulaires, la présence de la douleur associée: début, type (crampes, étirement, etc.), intensité, évolution, localisation.

Il devra également noter la présence de signes sympathiques de grossesse (fatigue, douleurs mammaires, nausées), les infections précédentes ou actuelle de l'appareil reproducteur (fièvre, frissons, douleur bas ventre ou malaise général), l'évanouissement (syncope) et pertes de conscience, la validité du vaccin antitétanique, l'exposition éventuelle au tétanos, les allergies médicamenteuses, les troubles de saignement, l'ingestion de poison, et Autre pathologie en matière de santé y compris les chirurgies antérieures, etc.

5.2.2. Examen physique.

- Examen général

Examen général de la patiente va consister à la prise des signes vitaux (température, pouls, rythme respiratoire et Tension artérielle), à la vérification de son état de conscience, de son état de santé général (alimentation, anémie).

Procéder à l'examen général de différents systèmes de la patiente (poumons, cœur, extrémités, système nerveux). Au cours de l'examen abdominal, vérifier ce qui suit : masses, utérus palpable ou anomalies marquées; abdomen distendu et diminution des bruits intestinaux; douleur à la détente brusque de la paroi abdominale après palpation avec réaction de défense; sensibilité supra pubienne ou pelvienne.

- Examen Gynécologique

Avant de placer le spéculum, inspecter la région génitale pour vérifier s'il y a saignement, en évaluer la quantité, vérifier l'odeur et la couleur de l'écoulement ou du saignement vaginal. Le prestataire devra noter la présence tout écoulement d'odeur anormale et de l'état du col (dilatation, déchirure et infection...) de même pour la muqueuse vaginale.

Mais aussi vérifier la présence de pus au col. Une infection du col augmente la possibilité d'infections utérines postopératoires. Cela comprend la maladie inflammatoire pelvienne (MIP) aiguë. En cas d'infection constatée ou soupçonnée, prendre des échantillons pour culture bactérienne.

- Toucher vaginal.

Le TV permet de préciser la taille, la fermeté (consistance), la position et la sensibilité de l'utérus, de préciser le niveau de dilatation du col; évaluer soigneusement le vagin et le col et vérifier s'il y a déchirures.

S'il est difficile d'évaluer la taille de l'utérus, c'est peut-être parce qu'il est tourné vers l'arrière (rétroversion), que la cliente a un panicule adipeux important ou qu'il y a une réaction de défense abdominale (relaxation insuffisante de l'abdomen pour pouvoir palper l'utérus).

En cas de problème pour établir la taille ou la position de l'utérus, demandé à un clinicien possédant plus d'expérience (s'il est disponible) d'évaluer la taille de l'utérus. S'il y a le moindre doute, traiter la femme comme si la grossesse était plus avancée qu'on le soupçonnait au départ. Il est important de ne pas amorcer la procédure AMIU pour avortement incomplet avant d'avoir précisé la taille de l'utérus.

5.2.3. Examens complémentaires (si nécessaire et en fonction des cas)

S'il est possible de faire effectuer des épreuves de laboratoire, cela peut faciliter la prise en charge de la cliente après l'avortement. Voici les tests qui pourraient être utilisés : hémoglobine, hématocrite, numération formule sanguine, paquettes comprises, type de facteur Rhésus et compatibilité sanguine, urée et électrolytes, etc. Le dosage du bêta, HCG, L'échographie viendra préciser le contenu utérin.

5.2.4. Traitement des complications des avortements chez les adolescents et jeunes

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

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

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

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

Notons tout d'abord que plusieurs interventions sont susceptibles d'assurer la prévention d'avortement à risque, dont voici les principales : (i) Promotion de la contraception et de l'éducation à la sexualité pour réduire l'incidence des grossesses non désirées, (ii) Soins après avortement et prise en charge des complications de l'avortement ; (iii) Prévention des avortements à répétition chez une même femme par la recherche de la cause, la dispensation des conseils et des services en matière de contraception immédiatement après l'avortement et le suivi.

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

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

5.2.6. Traitement des complications des avortements provoqués chez les adolescentes.

De manière générale, la prise en charge de la patiente va dépendre des renseignements fournis et des conclusions de l'examen. Elle consistera à (i) Une réanimation d'urgence, car beaucoup d'adolescentes arrivent en état de choc. (ii) Une expulsion est nécessaire afin d'évacuer de l'utérus tous les produits de la conception.

Le traitement des complications de l'avortement se fait selon le cas :

a) Menace d'avortement :

Il est très capital de demander à la patiente de garder le repos, réduire les activités demandant un effort ainsi que les rapports sexuels, administration des antispasmodiques, antalgiques si douleurs. Si le saignement cesse, inciter la patiente à aller en consultation prénatale. Si le saignement reprend, la réexaminer.

Si le saignement persiste, vérifier la viabilité de la grossesse à l'aide d'une échographie, et faire des examens complémentaires.

b) Avortement inévitable :

Le prestataire prendra soin d'informer la patiente sur sa situation, la procédure à suivre, également sur la nécessité de faire l'évacuation utérine et procéder à l'évacuation utérine.

L'évacuation utérine se fera de la manière suivante : (i) Par Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) si l'âge gestationnel égal ou inférieur à 12 semaines (voir fiche technique en annexe), (ii) Par perfusion de syntocinon (ocytocine) (20 UI dans 500cc à 40 gouttes/minutes) suivi d'AMIU si nécessaire quand la grossesse est supérieure à 14 semaines, et (iii) Par administration de Misoprostol per os (600 microgrammes en une dose) suivi d'AMIU si nécessaire.

NB : Si nécessaire et possible recourir au curage et curetage en dehors de la technique citée ci-haut.

c) Avortement incomplet :

Procéder de la manière telle que décrite dans le cas d'avortement inévitable et procéder à l'évacuation de l'utérus.

NB. Une évacuation utérine est requise pour les avortements inévitables ou incomplets. La technique utilisée dépend de la durée de la gestation, du stade de l'avortement, de la taille de l'utérus ainsi que de la disponibilité du personnel qualifié et des fournitures.

Au cours du premier trimestre, la procédure chirurgicale préconisée est l'aspiration. Au deuxième trimestre, le risque de complications est plus élevé. Les interventions pratiquées en début de deuxième trimestre (12-14 semaines) peuvent être effectuées par aspiration, à condition d'utiliser des canules de diamètre plus large.

Le curetage est aussi parfois requis. L'avortement incomplet en fin de deuxième trimestre (plus de 14 semaines) par dilatation et curetage ou par utéro toniques, doit être pris en charge par des prestataires qualifiés/formés. Par ailleurs, des fluides intraveineux et ocytociques, des transfusions sanguines et des structures pour pratiquer des interventions de chirurgie abdominale doivent être disponibles en cas d'urgence.

d) Avortement complet

- Apporter un soutien affectif à la patiente,
- Observer la patiente et rechercher un saignement abondant éventuel,
- Assurer le counselling post-avortement,
- Vérifier le statut vaccinal par rapport au tétanos et administrer le vaccin ou le sérum anti tétanique si nécessaire,
- Identifier les besoins en matière de reproduction et offrir une méthode de contraception si indiquée,
- Assurer le lien avec les autres services de SR (IST, Dépistage cancer du col de l'utérus, CDV/VIH, avortement à répétition, soutien psychosocial pour les victimes de violence basée sur le genre, y compris la violence du partenaire intime.)
- Assurer le suivi de la patiente après le traitement

e) Avortement septique :

En cas de signes d'infection, de lésion abdominale et de perforation cervicale ou utérine, un traitement par des antibiotiques à large spectre agissant contre les organismes à Gram négatifs, à Gram positifs et anaérobies, ainsi que contre la bactérie chlamydia, doit être démarré avant de procéder à l'expulsion.

Faire les étapes de la procédure décrites pour la prise en charge de l'avortement inévitable.

Faire l'AMIU 24 heures après avoir commencé l'antibiothérapie.

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

CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENT (E) S ET JEUNES.

1.1. DEFINITION 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 :

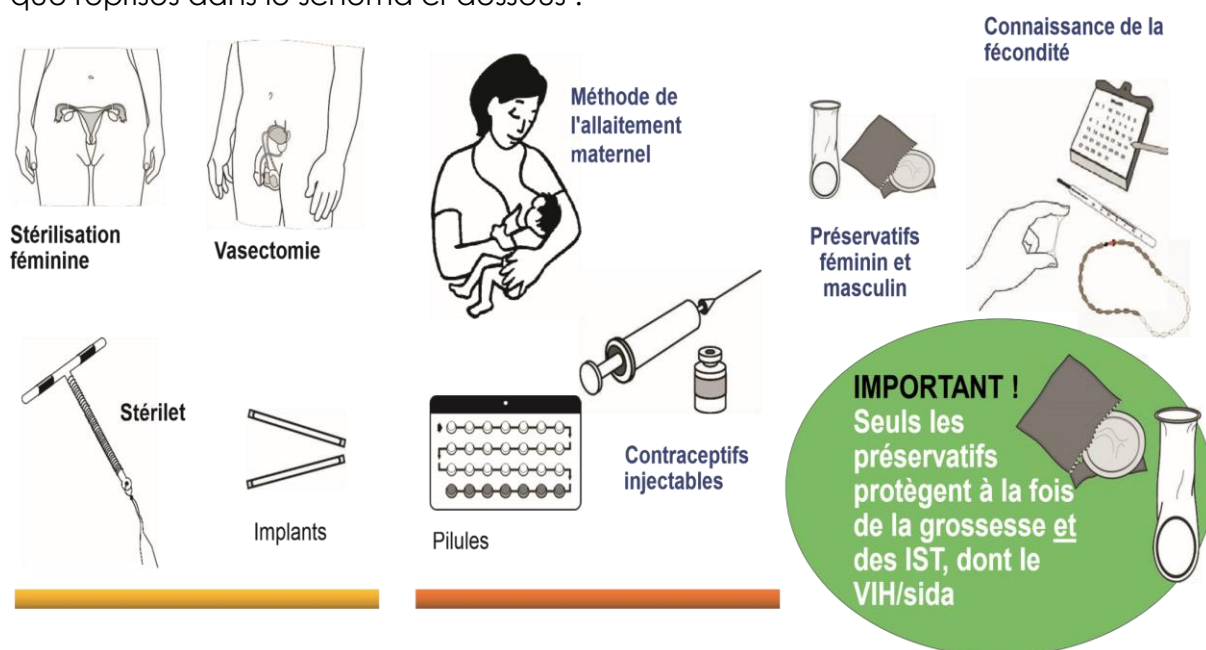
La « **contraception** » est définie comme l'utilisation des moyens et méthodes pour empêcher la survenue d'une grossesse. Elle est également définie comme étant l'utilisation d'agents, de dispositifs, des méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter (OMS).

Méthodes contraceptives :

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

1.2. CLASSIFICATION OU TYPE DES METHODES 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).

1.2.1. METHODES CONTRACEPTIVES TRADITIONNELLES OU ANCIENNES.

Ce sont des méthodes qui n'utilisent pas d'instruments ou de médicaments. On en distingue plusieurs types dont voici les trois formes les plus fréquentes : **(i) le coït interrompu**, qui consiste à ce que pendant les rapports sexuels, l'homme puisse retirer son pénis du vagin avant l'éjaculer (ce qui n'est pas facile à faire, le risque de contracter une grossesse est énorme), **(ii) méthodes magiques et (iii) l'Abstinence sexuelle périodique** (basée sur l'abstinence des rapports sexuels pendant la période identifiée comme étant la période fertile).

Les personnes ou couples qui font recours à ces méthodes traditionnelles, courent souvent un risque énormes de tomber enceinte. Ces méthodes ne sont pas adaptées aux adolescents et jeunes et ne sont surtout pas à recommander à cette tranche d'âges (10-24 ans).

1.2.2. METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES.

Il existe deux grands groupes : les méthodes naturelles et méthodes artificielles.

1.2.2.1. METHODES NATURELLES.

1. METHODES DE CALCUL OU METHODE DE CALENDRIER (méthode d'ogino-knauss) :

L'ovulation arrive toujours 14 jours avant le premier jour des menstruations. Dans un cycle de 29 jours, l'ovulation arrive le 15^{ème} jour. Si le cycle est de 31 jours, l'ovulation coïncide avec le 17^{ème} jour.

2. METHODE D'AUTO-OBSERVATION (MAO), METHODE DE LA GLAIRE CERVICALE :

Elle est fondée sur l'observation du cycle féminin et l'identification des périodes de fertilité par le suivi de l'état de la glaire cervicale.

Les méthodes contraceptives naturelles basées sur la connaissance de la fécondité. Elles se basent sur le calendrier, les signes de fécondité (sécrétions cervicales, Courbe de température basale, la méthode de l'ovulation).

Les méthodes de connaissance de la fécondité exigent la coopération des partenaires, la femme doit continuellement être au courant des changements dans son corps. Son efficacité est estimée à 97% si utilisation régulière et correcte et abstinence lors des jours féconds.

3. METHODE DES JOURS FIXES (MJF), COLLIER DU CYCLE :

C'est un collier de perles de couleurs qui représentent chaque jour du cycle menstruel de la femme. Le collier est composé de trente-deux perles avec une flèche blanche (qui boucle le cercle) et un anneau noir en caoutchouc que la femme doit déplacer suivant le sens indiqué par la flèche blanche. Les couleurs du collier servent à mieux suivre le cycle menstruel.

Les perles blanches marquent les jours où on peut tomber enceinte et les perles maronnes marquent les jours où il est peu probable que l'on tombe enceinte.

4. METHODE DE TEMPERATURE BASALE :

Cette méthode consiste en ce que la progestérone augmente de quelque dixième de degré la température corporelle. Comme cette hormone n'est sécrétée qu'à partir de la formation du corps jaune. Cette augmentation de la température indique l'ovulation.

5. METHODE SYMPTO-THERMIQUE :

Cette méthode consiste à l'observation physique de différentes manifestations reliées à la fertilité (ovulation) et est destinée à déceler les périodes de fécondité et d'infertilité dans le cycle menstruel de la femme.

6. METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORRHEE (MAMA) :



Il s'agit d'une méthode de contraception provisoire reposant sur l'allaitement.

La méthode MAMA implique d'allaiter l'enfant pendant 6 mois exclusivement au sein, très souvent, le jour et la nuit, en ne donnant aucun autre aliment au bébé.

C'est une méthode efficace pendant six mois après la naissance si les règles ne sont pas revenues.

Très efficace lorsqu'elle est utilisée correctement (moins de 1 grossesse pour 100 femmes ayant recours à la MAMA dans les 6 premiers mois après l'accouchement).

1.2.2.2. METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES.

Ce sont des méthodes qui utilisent soit un instrument soit un médicament pour empêcher la survenue d'une grossesse. Ce groupe de méthodes contraceptives est subdivisé en deux : les méthodes hormonales et méthodes non hormonales.

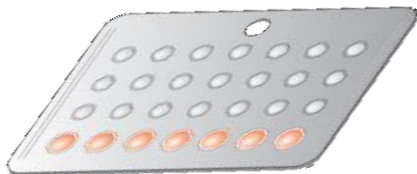
1.2.2.2.1. METHODES HORMONALES :

1. LA PILULE.

C'est un comprimé à prendre tous les jours selon les instructions du personnel soignant ou du fabricant. **Il existe deux types de pilules : pilule contraceptif orale combinée (COC) et la pilule orale à progestatif seul (POP).**

a. CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC)

Un contraceptif oral combiné contient à la fois de **l'œstrogène et de la progestérone.**



C'est une plaquette de 28 comprimés dont 21 comprimés blancs actifs contenant des hormones et 7 comprimés bruns contenant du fer. Plaquette de 21 ou 22 pilules sans comprimés en fer.

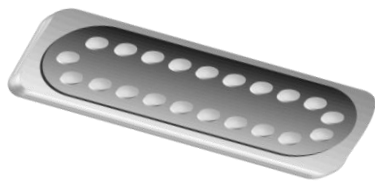
Message clé sur COC :

Les COC sont sans danger, efficaces et réversibles. Les règles sont moins abondantes et de courte durée, les crampes menstruelles diminuent et parfois l'anémie s'améliore. Les COC peuvent être utilisés pendant toute la vie reproductive des femmes aussi longtemps qu'elles n'ont pas de conditions médicales ou autres caractéristiques interdisant l'utilisation. Les COC ne protègent pas contre les IST/VIH/SIDA.

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> - Très efficace à 99,7%: si elle est prise tous les jours. - Mais, si la femme oublie de la prendre, elle peut se trouver enceinte. - Facile à arrêter : Une femme qui arrête de prendre la pilule peut se trouver enceinte sans délai. - Sans risque: n'est pas dangereuse pour la santé de la plupart des femmes - Réversible et Protège contre la MIP symptomatique - Avantages de santé non contraceptifs (diminue les crampes menstruels, Kyste ovariens et Cancer de l'endomètre...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de prise quotidienne, - Certaines femmes ressentent des effets secondaires au début. (Ils ne sont pas dangereux et disparaissent souvent après 3 mois.), - Les complications graves sont rares: les crises cardiaques, les AVC, la formation de caillots sanguins dans les veines profondes des jambes ou des poumons. - Ne protègent pas contre les IST ou le VIH/SIDA

b. CONTRACEPTIFS ORAUX A PROGESTATIF SEUL (POP)

Ce sont des plaquettes de 28 comprimés ou plus (35) homogène, de même couleur et même dimension.



Elle agit en inhibant l'ovulation, mais pas dans tous les cycles, elle entraîne l'épaississement de la glaire cervicale, qui empêche le transport du spermatozoïde. Elle rend l'endomètre impropre à la nidation.

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> - Hautement efficace quand l'utilisation est correcte ; - N'affecte pas l'allaitement au sein ; - N'augmente pas les risques de coagulation de sang ; - Diminue la douleur et le flux sanguin menstruel ; - Peut-être utilisé chez les femmes âgées de plus de 35 ans et qui fument ou chez les femmes hypertendues. 	<ul style="list-style-type: none"> - Doit être pris chaque jour et à la même heure ; - Ne protège pas contre les IST/VIH-SIDA ; - Ne protège pas contre les kystes ovariens.

2. PILULE D'URGENCE OU DU LENDEMAIN.

La contraception d'urgence désigne des méthodes contraceptives utilisables pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé.

Il est recommandé de les prendre endéans les 5 jours ou 120 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé, mais plus elles sont appliquées tôt, plus elles sont efficaces.

Le type de contraception d'urgence : Levonorgestrel ECPs, 1.5mg (plus commun) ou 0.75mg, Contraceptifs oraux habituels à fortes doses, Autres pilules (tel que l'acétate d'ulipristal).



Avantages et désavantages de la contraception d'urgence

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none">• Efficace autour de 98.8%• Réversible• Facile à utiliser• Protège contre une grossesse après un rapport non protégé	<ul style="list-style-type: none">• Peut causer les effets secondaires: Changement du cycle menstruel, nausée et vomissements, fatigue.....,• Ne prévient pas la grossesse lors de rapports sexuels ultérieurs.• Ne protège pas contre les IST/VIH

Qui peut utiliser une contraception d'urgence?

Elle peut être employée, après un rapport sexuel non protégé, dans un certain nombre de situations suivantes:

- Absence de contraception;
- Dans les cas d'agression sexuelle ou de viol;
- Echec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive, notamment:
- Déchirure ou utilisation incorrecte du préservatif;
- Oubli en cas des contraceptifs oraux COC ou POP
- Injection en retard du DMPA ou NET EN
- Echec de la méthode du retrait (éjaculation dans le vagin ou sur les organes génitaux externes, par exemple);
- Erreur de calcul de la période d'abstinence ou incapacité à s'abstenir ou à utiliser une méthode barrière pendant la période de fécondité du cycle,
- Expulsion du dispositif intra-utérin (DIU) ou de l'implant hormonal contraceptif

Quand utiliser la contraception d'urgence ?

Administrer la CU si cliente éligible, immédiatement après un rapport non protégé jusqu'à 120 heures (5 jours) après ce rapport sexuel non protégé.

NB. Plutôt est prise la PCU, plus elle est efficace

Il est aussi recommandé d'utiliser un préservatif, car c'est le seul moyen d'être protégé des IST comme le VIH-sida ou l'hépatite B.

3. LES INJECTABLES:

C'est une méthode contraceptive basée sur l'administration d'un médicament injectable à base de progestatif et qui empêche l'ovulation pendant 3 mois. Il a comme inconvénient de provoquer des troubles du cycle souvent dans le sens de la prolongation allant jusqu'à l'absence des règles d'une période de 3 à 12 mois ou plus. **(Depo-provera et Sayana-press).**

Contraceptif injectable	Rythme d'injection
DMPA IM (Depo-Provera) 150 mg dans 1 ml	Injection trimestrielle
DMPA SC (Sayana Press) 104 mg dans 1 ml	Injection trimestrielle
NET EN (Noristerat) 200 mg dans 1 ml	Injection bimensuelle

Avantages et désavantages

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> • Efficace à 99,7% ; • Pas d'effet sur la lactation ; • Réduit le risque d'anémie ferriprive ; • Prévient les crises douloureuses de l'anémie SS • Diminue la fréquence des convulsions chez les femmes épileptiques ; • Confidentiel et réversible ; • Peut être employé à tout âge de procréation; • Aucun effet secondaire dû à un œstrogène ; • Réduit le risque des grossesses ectopiques, de fibrome utérin et de cancer des ovaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Modification du cycle menstruel et du flux sanguin, • Peut occasionner un retard de retour de la fécondité de 3 à 4 mois après l'arrêt de la méthode, • Complication liée à l'injection, • Une fois injecté la méthode n'est peut pas être immédiatement interrompue

4. IMPLANT (NORPLANT, JADELLE) :



C'est un contraceptif à base de progestatif que l'on place en sous cutané ou en intradermique ou que l'on applique sur la peau et qui empêche l'ovulation pendant une longue durée pouvant aller jusqu'à 3 à 5 ans. Des petits bâtonnets remplis de progestatif (chacun environ la taille d'une allumette) qui sont insérés sous la peau. (On parle aussi de capsules.)



Jadelle : système à 2 bâtonnets, efficace pendant 5 ans



Implanon NXT: système à 1 bâtonnet, efficace pendant 3 ans.

Avantages et désavantages des implants

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> - Très sûrs et le plus efficace à 99,9% - Longue durée d'action (3 ans) - La fertilité revient sans délai lorsque l'Implanon NXT est retiré ; - Peuvent être utilisés par les femmes qui allaitent, - Peut-être utilise après accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite un prestataire de service formé pour l'insertion et le retrait - Peut entraîner quelques effets secondaires: Troubles des règles (spotting, aménorrhée, règles prolongées), peut occasionner un léger changement de poids, d'humeur, alopecie, etc. - N'offre aucune protection contre les IST/VIH, - Douleurs au site d'insertion

5. Dispositifs intra utérins (DIU...) :

Ex : stérilet ou dispositif intra utérin (support en cuivre): c'est un instrument en plastic souvent bordé par un support métallique que l'on place dans la matrice et qui réalise une contraception de 4 ans en moyenne. Il empêche passage des spermatozoïdes vers la trompe où se fait la fécondation.

Il existe 2 types de DIU : le DIU inerte (sans médicaments) et le DIU avec médicaments. Le DIU inerte (sans médicaments) : Ils sont en plastiques et ou en acier inoxydable (Ex : Boucle de Lippes). Le DIU avec médicaments : Ils sont en cuivre ou avec hormones (Ex : TCU 380A, TCU 220C, DIU contenant du levonorgestrel ou Novat).

Tous les types de DIU ont un ou deux fils qui leur sont rattachés. Ces fils qui sortent par l'ouverture du col font office des « fils témoins »

N.B. Le DIU TCU-380A est actuellement le plus utilisé.

Avantages et désavantages.

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> - Efficace à 99,6% - Longue durée d'action (Le TCU 380A protège durant 12 ans) - Peu coûteux - Réversible - N'interfère pas avec les rapports sexuels - Pas d'interaction médicamenteuse - N'altère pas le lait maternel 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne protège pas contre les IST/VIH SIDA - Trouble des règles (Augmentation du flux menstruels et de la durée des règles pendant les 3 premiers mois, saignement ou saignotement entre les règles) - Crampes utérines - Expulsion du DIU - Exige un prestataire formé pour l'insertion et le retrait - Parfois perforation utérine - Exige l'attention de la cliente pour la vérification des fils des temps en temps

1.2.2.2.2. METHODES CONTRACEPTIVES NON HORMONALES :

1. METHODES DE BARRIERE : (Spermicides, Préservatifs).

Spermicides :

Ils se présentent sous forme des crèmes, ovules, mousses imprégnées des substances chimiques toxiques pour les spermatozoïdes. Ils s'appliquent au plus tard cinq minutes avant le rapport et sont actifs pendant quatre heures. Ils ne protègent ni des IST, ni de sida.

Préservatifs :

Ce sont des enveloppes protectrices souples (caoutchouc, latex...) recouvrant la verge ou introduit dans le vagin employées par l'homme ou la femme comme contraceptif et contre les IST et VIH. Les préservatifs ne nécessitent pas une prescription médicale.

Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none">- Sans risque et facile à utiliser- Facile à se procurer- Efficace pour protéger contre la grossesse et les IST lorsqu'il est utilisé correctement et systématiquement- Pas d'effets secondaires hormonaux- Peut être utilisé comme méthode de contraception de soutien- Peut être utile aux hommes qui souffrent d'éjaculation précoce- Ne requiert pas l'aide du prestataire- Protège les femmes contre la MIP, le cancer du col de l'utérus- Existe en toutes sortes de tailles, de couleurs, de saveurs et de textures- <u>Les préservatifs sont les seules méthodes de planification familiale qui offrent une double protection (Protection contre la grossesse et contre la transmission du VIH et d'autres IST entre partenaires)</u>	<ul style="list-style-type: none">- Interrompt le coït- Forte probabilité d'utilisation incorrecte ou irrégulière- Peuvent se détériorer si l'entreposage n'est pas fait correctement,- Non accepté par la religion,- Liés au coït,- Certains hommes se plaignent d'une diminution de sensation,- Ils peuvent glisser, se déchirer et le sperme peut se répandre, surtout chez les utilisateurs inexpérimentés- L'utilisateur doit être motivé pour l'utiliser systématiquement et correctement,- Certains hommes ne peuvent maintenir une érection avec un préservatif.- Efficacité relative en pratique courante,- Exige l'assentiment du partenaire,- Doit être immédiatement disponible

2. CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (STERILISATION) :

Ce sont les méthodes définitives ou irréversible, il s'agit de : (i) La ligature tubaire chez la femme : c'est une petite intervention chirurgicale qui consiste à couper et à ligaturer les trompes dans le but d'empêcher définitivement toute rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule (fécondation). (ii) La vasectomie chez l'homme : c'est une petite intervention qui consiste à couper et à ligaturer le canal déférent dans le but d'empêcher définitivement le passage des spermatozoïdes des testicules vers les liquides spermatiques.

1.3. ELIGIBILITE MEDICALE DES JEUNES FACE AUX METHODES CONTRACEPTIVES.

1.3.1. Critères de choix d'une méthode contraceptive.

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

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

Toutes les méthodes contraceptives peuvent être utilisées par les adolescents et jeunes mais toutes ne sont pas recommandées. Ex : les méthodes chirurgicales (vasectomie et ligature tubaire).

1.3.2. Spécificités des adolescents face à certaines méthodes contraceptives.

Chez les adolescents, l'administration des certaines méthodes contraceptives exigent des spécificités dont voici les principales :

1.3.2.1. Les contraceptifs hormonaux (contraceptifs oraux, injectables, patch combinés, anneau génital combiné et implants) :

- Les injectables et l'anneau génital peuvent être utilisés sans que d'autres le sachent.
- Il est particulièrement difficile pour certaines adolescentes de prendre régulièrement la pilule.

1.3.2.2. Pilule Contraceptive d'Urgence (PCU) :

- Les jeunes femmes ont probablement moins de contrôle que les femmes plus âgées sur les relations sexuelles et l'utilisation de la contraception. Elles risquent d'avoir souvent besoin de la PCU.
- Fournir la PCU à l'avance aux adolescentes pour qu'elles puissent l'utiliser quand elles en auront besoin. La PCU peut être administrée chaque fois

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

1.3.2.3. Stérilisation féminine et vasectomie :

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

1.3.2.4. Préservatifs masculins et féminins :

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

1.3.2.5. Dispositif Intra-utérin (DIU au cuivre et DIU hormonal) :

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

1.3.2.6. Méthodes de connaissance de la fécondité :

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

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

Chapitre VIII.

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ont des profondes répercussions sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes et constituent un vrai problème de santé publique. En effet, chaque jour, plus d'un million de personnes contractent des infections sexuellement transmissibles dans le monde, dont un adolescent sur 20.

En outre, chaque année, l'on estime à 357 millions de personnes contractent l'une des 4 IST suivantes: chlamydie (131 millions), gonorrhée (78 millions), syphilis (5,6 millions) et trichomonase (143 millions). Plus de 500 millions de personnes vivent avec une infection par le HSV (herpès). À tout moment, plus de 290 millions de femmes ont une infection à VPH, l'une des IST les plus courantes. En RDC, la prévalence des IST est de 11,7% chez les filles et 9,2% chez les garçons⁸.

Le présent chapitre traite des généralités sur les Infections Sexuellement Transmissibles (définition, facteurs de risque, etc.) et de la prise en charge (anamnèse, l'examen physique et le traitement des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et jeunes).

7.1. GENERALITES SUR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.

7.1.1. Définition des infections sexuellement transmissibles.

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

7.1.2. Facteurs de risque.

Pour les adolescents et jeunes, les facteurs de risque de contracter une IST sont regroupés à quatre : les facteurs psychologiques, comportementaux, biologiques et sociaux.

Facteurs psychologiques :

(i) Les adolescents et jeunes dans la plupart de cas se croient invulnérables (le sentiment d'invulnérabilité des jeunes), plusieurs parmi eux ont le désir de tenter des nouvelles expériences et la volonté de prendre des risques : en changeant souvent des partenaires sexuels ou en ayant un partenaire sexuel qui a lui-même beaucoup d'autres. (ii) ils ne disposent toujours pas des connaissances approfondies sur les IST, ce qui contribue aux comportements à risque. (iii) ils ont du mal à utiliser un préservatif correctement et systématiquement.

⁸ PNSA, plan stratégique de santé de l'adolescent, 2016-2020.

Facteurs comportementaux :

D'après les résultats des différentes études réalisées sur la sexualité des jeunes, ces derniers adoptent souvent les comportements sexuels à risque de contracter une IST ou une grossesse non désirée. Plusieurs parmi eux débutent précocement leurs rapports sexuels dans le cadre du mariage ou en dehors, très souvent avec des partenaires sexuels multiples et n'utilisent toujours pas un préservatif. Les comportements sexuels à risque chez les adolescents et jeunes constituent un facteur de risque majeur de contracter une IST.

En outre, les adolescents et jeunes ne sont souvent pas capables d'exiger une protection adéquate. Parfois l'acte sexuel s'accompagne des sévices ou de coercition, ce qui est associé à l'initiation précoce au sexe et à la multiplicité des partenaires sexuels, deux facteurs de risque des IST.

Facteurs biologiques :

L'immaturation de leurs organes génitaux et de leur système immunitaire rend les adolescents plus vulnérables que les adultes à des agents pathogènes responsables des IST. En plus, l'ectopie cervicale fréquente chez la jeune fille, la rend plus vulnérable aux infections telles que la chlamydiae, la gonorrhée, la trichomonose, l'herpès ou le virus du papillome humain génital (VPH).

Facteurs sociaux :

La pauvreté (difficultés financières), l'absence de domicile fixe, le déplacement forcé (abus sexuel ou chantage sexuel). Les prestataires des services de santé ont souvent tendance à ne pas accueillir les jeunes à bras ouverts. Souvent les prestataires ne respectent ni l'intimité des adolescents, ni la confidentialité des renseignements reçus et le personnel est souvent moralisateur ou désagréable.

7.1.3. Complications des infections sexuellement transmissibles.

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

Tableau N° : Complications pouvant être causées par une IST

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

D'autres complications sont :

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

7.2. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

7.2.1. Eléments à prendre compte lors de la prise en charge des IST chez les adolescents et jeunes.

- Principaux facteurs entravant l'exactitude du diagnostic des IST

Les adolescents manquent souvent d'informations sur les services de santé disponibles. Ainsi, ils ne connaissent pas forcément les services existants, leurs emplacements, leurs horaires et leurs coûts. Même s'ils disposent de ces informations, ils sont souvent peu enclins à aller consulter pour obtenir un diagnostic et un traitement en raison de la gêne qu'ils ressentent, parce qu'ils ne veulent pas être vus par des personnes adultes qu'ils connaissent et parce qu'ils craignent les réactions négatives du personnel médical.

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

Les IST peuvent être asymptomatiques, en particulier chez les jeunes femmes. Les adolescentes ignorent parfois qu'ils ont une IST parce qu'ils ne savent pas souvent

distinguer un état normal d'un état pathologique (comme les écoulements génitaux normaux et anormaux) et ne vont donc pas forcément consulter.

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

- **Aspects essentiels d'un bon diagnostic et prise en charge des IST**

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

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

7.2.2. Anamnèse.

Le prestataire des soins de santé conduira une anamnèse très approfondie et posera des questions précises pour recueillir (i) les antécédents médico-chirurgicaux, antécédents des IST, (ii) le nombre des partenaires sexuels et nouveau partenaire dans les 12 derniers mois, (iii) son état sérologique, (iv) notion de prise des médicaments (automédication), (v) date d'apparition des signes des IST, etc.

7.2.3. Examen physique d'un adolescent ou jeune souffrant une IST.

L'examen physique d'un adolescent ou jeune souffrant d'une IST est essentiel, car il permettra de poser le diagnostic et orienter l'administration des soins. Il reposera essentiellement sur l'inspection et palpation (toucher vaginal ou rectal) des organes génitaux.

Outre l'examen général du patient, le prestataire des soins de santé examinera minutieusement ses organes génitaux.

Le prestataire des soins de santé procédera à l'inspection des organes génitaux à la recherche des sécrétions anormales (saignement, leucorrhées pathologiques, mucus, etc.) des plaies, rougeurs, tuméfactions, etc.

Le toucher vaginal ou rectal permettra au prestataire des soins de santé d'apprécier et de rechercher la sensibilité des parties des organes génitaux externes et internes.

Si présence des sécrétions anormales, le prestataire des soins de santé devra également apprécier leur nature, leur quantité et leur odeur, etc.

7.2.4. Traitement des Infections Sexuellement Transmissibles

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

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

C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé élabore des documents de référence, des fiches techniques destinés au personnel médical et recommande d'utiliser l'approche syndromique pour la prise en charge des IST. Cette approche est particulièrement adaptée aux structures qui ne disposent pas de ressources humaines ni de laboratoires adéquats pour établir des diagnostics étiologiques;

il permet aux prestataires de soins de santé au premier niveau de traiter les infections au moyen des signes, des symptômes et d'une évaluation du risque.

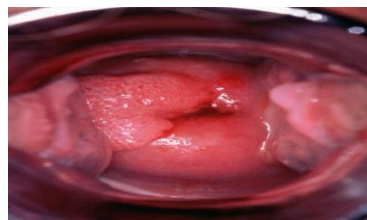
Ecoulement Urétral



Ecoulement Vaginal



Ulcération génitale



Condylome génital

Papilloma virus

Le traitement des IST chez les adolescents et jeunes se fera selon l'approche syndromique telle que décrite ci-dessous :

1. SYNDROME 1 : ECOULEMENT URETRAL

- L'écoulement urétral chez l'homme peut s'accompagner d'une **dysurie (douleur en urinant)** ou de **démangeaisons**. Le patient se plaint d'un écoulement urétral et/ou douleur ou prurit urétral.
L'examineur note la présence d'un **exsudat dans l'urètre** antérieur. En l'absence d'écoulement visible, on massera délicatement l'urètre de la partie proximale du pénis vers le méat pour exprimer les sécrétions.
- Les germes probables sont : **N. gonorrhoeae, C. trachomatis, et Mycoplasma genitalium.**

- Le traitement syndromique recommandé est fait de :
R/ Céfixime cé 200 mg : 2 cés per os en D.U ou Spectinomycine 2 gr I.M en D.U ou Ceftriaxone 125 mg I.M en D.U ou Ciprofloxacine cé 500mg :1 cé per os en D.U
R/ Doxycycline cé 100 mg :2 X 1cé/ J per os pendant 7 jour ou Azithromycine cé 500 mg :1 gr per en D.U ou Erthromycine cé 250 mg : 4 x 2 cés/j per os pendant 7 jours en cas de contre-indication aux cyclines.

NB : le prestataire des soins de santé devra (i) Eduquer et conseiller sur les risques, (ii) faire la promotion et fournir préservatifs ; (iii) Prendre en charge le(s) partenaire(s), (iv) Proposer conseil et dépistage du VIH.
Réexaminer après 7 jours.

2. SYNDROME 2 : TESTICULE DOULOUREUX

- Le patient se plaint d'une tuméfaction et/ou une douleur testiculaire unilatérale à début brutal L'examineur note de douleur à la palpation de l'épididyme et des canaux déférents, et parfois un érythème et un œdème de la peau sus-jacente.
- Il faut exclure une urgence chirurgicale due à un traumatisme, une tumeur, une torsion testiculaire ou une hernie. Le traitement syndromique est le même que celui de l'écoulement urétral contre la gonococcie et la chlamydie.

3. SYNDROME 3 : ULCERATION GENITALE CHEZ L'HOMME ET LA FEMME

- Une ulcération génitale est toute perte de substance cutanée ou muqueuse des organes génitaux.
- Les causes d'ulcérations génitales sont : (i) Chancre mou (dû à *Haemophilus ducreyi*), (ii) Syphilis (dû au *Treponema pallidum*), (iii) Herpès (dû au virus herpès simplex type 2), (iv) Gâle (due à *Sarcoptes scabiei hominis*), (v) Lymphogranulomatose vénérienne (due au *Chlamydia trachomatis*, sérotypes L1, L2, L3). (vi) Le granulome inguinal (dû au *Klebsiella granulomatis*.)
- Le (la) patient(e) se plaint d'une plaie ou d'une ulcération ou d'éruption cutanée. L'examineur note la présence de vésicules groupées ou d'une ulcération génitale.
- Le diagnostic différentiel des ulcères génitaux est très difficile en particulier lorsque ces différents agents étiologiques sont fréquents dans la région. En plus, les infections mixtes sont fréquentes et les manifestations cliniques peuvent être modifiées en cas d'infection VIH concomitante. Le traitement sera global pour les pathologies fréquentes dans la région à cause des infections mixtes.

Traitements symptomatiques recommandés.

Options thérapeutiques pour le traitement de :				
Syphilis	Chancre mou	Granulome inguinal	LGV	Herpès génital
Benzathine Benzylpénicilline	Ciprofloxacine Érythromycine Azithromycine	Azithromycine Doxycycline	Doxycycline Érythromycine	Aciclovir Valaciclovir Famciclovir
Autres possibilités				
Procaïne benzylpénicilline	Ceftriaxone	Érythromycine Tétracycline Triméthoprim/sul faméthoxazole	Tétracycline	
Allergie à la pénicilline et pas de grossesse				
Doxycycline Tétracycline				

Le traitement syndromique recommandé est fait de :

R/Acylovir cé 200 mg : 3 x 2 cés /j per os pendant 7 jours, R/ Benzathine benzylpénicilline (extencilline) 2,4 MUI IM en D.u

- Si allergie à la pénicilline : Doxycycline cé 100 mg : 2 X1 cé/J per os pendant 14 jours
- Si allergie à la pénicilline + grossesse : Erythromycine cé 250mg : 4 x2 cés / j per os pendant 14jours

R/ Erythromycine cé 250 mg : 4 x 2 cés / J per os pendant 7 jours ou Ciprofloxacine cé 500 mg :2x1 cé / J per os pendant 3 jours ou Azithromycine cé 500mg : 1 gr per os D.U

- Eduquer et conseiller sur le risque
- Promouvoir et fournir préservatifs
- Prendre en charge le(s) partenaire(s)
- Proposer conseil dépistage(s)
- Réexaminer après 7 jours

4. SYNDROME 4 : BUBON INGUINAL (♂et ♀)

Le (la) patient(e) se plaint d'un gonflement au niveau de l'aîne qui est douloureux ; peut-être mobile et généralement associé à une ulcération génitale. L'examineur note la présence d'un ou de plusieurs bubons inguinaux /fémoraux associé(s) ou non à une ulcération génitale.

Le traitement syndromique est fait de :

R/ Doxycycline cé 100 mg : 2 X1 cé / J per os pendant 14 jours ou Erythromycine ce 250 mg :4 x2 cés /J per os pendant 14 jours en cas de grossesse ou d'intolérance aux cyclines,

R/ Ciprofloxacine cé 500 mg : 2 x1 cé /J per os pendant 3 jours ou Azithromycine cé 500 mg : 1 gr per os en D.U.

- Eduquer et conseiller sur le risque
- Promouvoir et fournir préservatifs

- Prendre en charge le(s) partenaire(s)
- Proposer conseil dépistage(s)
- Réexaminer après 7 jours.

5. SYNDROME 5 : ECOULEMENT VAGINAL/ VAGINITE/CERVICITE

La patiente se plaint en cas de :

- **VAGINITE** : pertes vaginales, anormales, prurit génital, dyspareunie, dysurie (brulures mictionnelles)
- **CERVICITE** : hémorragie de contact, saignement du col entre les règles et au cours des rapports sexuels, dyspareunie

L'examineur note en cas de :

- **VAGINITE** : un écoulement vaginal anomal, une inflammation vaginale parfois une paroi vaginale saignant au contact,
- **CERVICITE** : un écoulement cervical, une inflammation cervicale, une érosion cervicale, une friabilité cervicale, parfois un col saignant au contact. la palpation abdominales combinée au toucher vaginal réveille de douleurs abdominales basses dans certain cas.

Les germes probables sont : N. gonorrhoeae, C. trachomatis, T. vaginalis, Candida albicans, (vaginose bactérienne).

Le traitement syndromique recommandé est fait de :

- **Si VAGINITE :**
R/ CLOTRIMOZOLE ovule 200 mg : 1 ovule /J pendant jour ou CLOTRIMAZOLE ovule 500 mg :1 ovule en D.U.

R/ METRONIDAZOLE cé 250 mg : 8 cés per os en D.U ou TINIDAZOLE : cé 500 mg : per os en D.U.

- ✓ Eduquer et conseiller sur le risque
- ✓ Promouvoir et fournir préservatifs
- ✓ Prendre en charge le(s) partenaire(s)
- ✓ Proposer conseil dépistage(s)
- ✓ Réexaminer après 7 jours

- **Si CERVICITE :**
R/ CEFIXIME cé 200 mg :2 cés per os en D.U ou Ciprofloxacine cé 500 mg : 1 cé per os en D.U ou Ceftriaxone 125 mg IM en D.U, Spectinomycine 2 gr IM en D.U

R/ DOXYCYCLINE cé 100 mg : 2 X1 cé / j per os pendant 7 jours ou AZITHROMYCINE ce 500 mg : 1 gr per os en D.U ou ERYTHROMYCINE cé 250 mg : 4 X 2 cés / J per os pendant 7 jours en cas de contre-indication aux cyclines.

- Eduquer et conseiller sur le risque
- Promouvoir et fournir préservatifs

- Prendre en charge le(s) partenaire(s)
- Proposer conseil dépistage(s)
- Réexaminer après 7 jours

NB : En cas d'écoulement vaginal, le calcul du facteur de risque (FR) est indispensable pour bien traiter la patiente et ceci se fait avec 4 éléments suivants :

- Age \leq 21 ans
- Etat civil = célibataire
- Nombre de partenaire sexuels supérieur ou égal à 1 dans les 12 derniers mois
- Nouveau partenaire sexuel au cours de 3 derniers mois
- Avoir un partenaire qui a une IST

Le facteur de risque est positif si au moins 3 éléments sont positifs. Alors dans ce cas, il faut traiter la patiente comme faisant une cervicite + vaginite (voir ci-haut).

6. SYNDROME 6 : DOULEUR ABDOMINALE BASSE

La patiente se plaint de douleurs au bas ventre spontanées, dyspareunie, pertes vaginales, ménométrorragies, dysurie (brûlures mictionnelles), parfois nausée, vomissements et fièvres (cas aigu). L'examineur note essentiellement une sensibilité à la mobilisation du col, une sensibilité annexielle à la palpation, parfois un écoulement cervical, une inflammation du col ou de la fièvre (cas aigu).

Le traitement syndromique consiste en l'administration de :

R/ Ceftriaxone : 250 mg IM D.U ou Spectinomycine : 2 gr IM en D.U ou Ciprofloxacine cé 500 mg : 2X1 cé /j per os pendant 5 jours

R/ Doxycycline cé 100 mg : 2X1 cé /j per os pendant 14 jours

R/ Métronidazole cé 250 mg : 2 X 2 cés/ j per os pendant 14 jours ou Tinidazole cé 500 mg : 2 x 1 cé / j per os pendant 14 jours

R/ Clotrimazole ovule 200 mg : 1 ovule/j pendant 3 jours ou Clotrimazole ovule 500 mg 1 ovule en D.U en cas de perte vaginales

- Eduquer et conseiller sur le risque
- Promouvoir et fournir préservatifs
- Prendre en charge le(s) partenaire(s)
- Proposer conseil dépistage(s)
- Réexaminer après 7 jours

Remarque :

- La Doxycycline est contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement
- Ne pas prendre l'Erythromycine à jeûn
- La Ciprofloxacine est contre-indiquée pendant la grossesse et n'est pas recommandée chez l'enfant et l'adolescent
- Le Métronidazole n'est pas recommandé pendant le premier trimestre de la grossesse,
- La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement au Métronidazole jusqu'à 24 heures après la dernière prise
- En cas d'allergie à la pénicilline, ne pas donner la cefixime ni le ceftriaxone. Donner la Spectinomycine ou la ciprofloxacine
- Si présence du stérilet dans l'utérus, son retrait n'est pas obligatoire.

7. SYNDROME 7 : CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NÉ (CNN)

Les micro-organismes responsables sont le *Neisseria gonorrhoeae* et la *Chlamydia trachomatis*. D'autres germes comme *Staphylococcus aureus*, le *Streptococcus pneumoniae*, l'*Haemophilus ducreyi* sont aussi généralement en cause.

Le nouveau-né est amené pour les paupières rouges et gonflées ou qui « collent » ou par ce qu'il présente un écoulement oculaire purulent

L'Examineur note les paupières enflées avec écoulement oculaire purulent et une rougeur conjonctivale

Le traitement syndromique consiste :

Administration des médicaments ci-dessous :

R/ Ceftriaxone : 50 mg/ kg (maximum 75 mg) en dose unique ou Spectinomycine : 25 mg /kg en IM en dose unique (maximum 75 mg)

- Irriguer les yeux du nouveau -né avec le sérum physiologique ou toute autre solution appropriée
- Prestataire médical : se laver convenablement les mains après examen médical
- Parents : traiter la mère et son (ses) partenaire(s) respectivement pour écoulement vaginal et écoulement urétral

A ce traitement, il faut :

- Eduquer et conseiller sur le risque
- Revoir le nouveau- né trois jours plus tard
- Rassurer la mère
- Proposer conseil dépistage(s) VIH si ses prestations sont disponibles
- Promouvoir les préservatifs chez les parents.

8. SYNDROME 8 : PRURIT PUBIEN OU PHTIRIASE DU PUBIS

C'est une infection du pou, *Phthirus pubis*, qui se propage lors de rapports sexuels et se manifeste par de prurit au niveau du pubis. Le ((la) patient(e) se plaint de prurit au niveau du pubis.

Examiner la zone pubienne et la base de poils où l'on note présence des poux ou des œufs

Le traitement consiste

- Rasage de la région pubienne,
- R/ Lindane 1% en lotion ou crème: appliquer sur toutes les zones infectées et laver 8 heures plus tard ou appliquer le shampoing de lindane à 1% pendant 4 minutes puis rincer soigneusement.
- R/ Pyrethrines et Butoxyde de piperonyl : Appliquer et rincer 10 minutes plus tard ; le traitement est indiqué 7 jours plus tard si l'on observe des poux ou des œufs à la base des poils.
- Laver soigneusement les habits et draps utilisés et en contact les 2 jours précédant le traitement
- Prendre en charge aussi les partenaires

INFECTION A VIH CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

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

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

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

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

- **Définition des concepts :**

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

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

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

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

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

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

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

- **Différents stades et signes cliniques de l'infection à VIH:**
L'infection à VIH comprend quatre (4) stades cliniques avec des signes correspondant à chaque stade.
- ✓ **Stade 1 : Primo-infection**
C'est la période suivant l'entrée du virus dans le corps. Cette première phase peut s'accompagner de symptômes qui ressemblent à ceux de la grippe comme de la fièvre, des maux de gorge, des douleurs musculaires, de la fatigue, un gonflement des ganglions lymphatiques et des éruptions cutanées.
- ✓ **Stade 2 : Phase asymptomatique.**
Durant cette période, il n'y a aucune manifestation du virus mais celui-ci reste actif et continu de se répliquer et d'infecter d'autres cellules immunitaires.
- ✓ **Stade 3 : Phase symptomatique ou pré SIDA.**
Cette phase est caractérisée par l'apparition de symptômes persistants dus à l'affaiblissement du système immunitaire. La personne peut commencer à présenter des symptômes d'infection comme de la fatigue chronique, des sueurs nocturnes, de la fièvre, de la diarrhée ou une perte de poids importante.
- ✓ **Stade 4: Phase SIDA.**
L'apparition d'infections opportunistes causées par des bactéries, des virus ou des champignons ou encore l'apparition de certains types de cancers désigne.

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

8.2.1. Importance d'un diagnostic précoce.

Le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les adolescents et jeunes reste la clé de voûte à une prise en charge médicale efficace. Cette prise en charge devra passer soit par le Conseil et Dépistage Volontaire (CDV), soit par le Diagnostic Conseils Initié par le Prestataire (DCIP). Le professionnel de santé et les organismes s'occupant de la prise en charge des adolescents et jeunes infectés par l'infection à VIH, devraient se saisir de toutes les occasions, circonstances ou opportunités qui peuvent permettre de réussir à attirer les adolescents et jeunes afin de les dépister volontairement.

Ses opportunités sont entre autre:

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

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

8.2.2.Principes essentiels de prise en charge.

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

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

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

8.2.3.Prévention de l'infection à VIH.

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

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

8.2.4.Conseils pour une meilleure prise en charge.

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

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

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

Chapitre X.

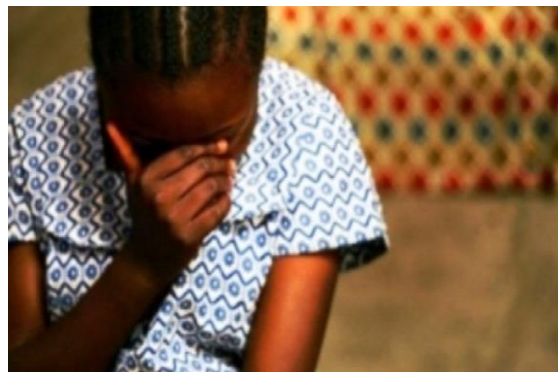
VIOLENCES SEXUELLES ET LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES.

Les violences sexuelles et basées sur le genre sont devenues de plus en plus fréquentes en RDC.

Elles ne touchent non seulement les adultes, mais également les adolescents et jeunes.

Le présent chapitre donne un aperçu général sur les violences sexuelles et celles basées sur le genre.

Il définit les principales formes des violences basées sur le genre, les facteurs favorisants, les conséquences, les droits et besoins des survivants des violences sexuelles ainsi que les principes de prise en charge.



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

9.1.1. Définition des concepts, formes et types.

9.1.1.1. Définition des concepts.

Violence sexuelle :

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

Violence basée sur le genre :

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

9.1.1.2. Principales formes des violences basées sur le Genre.

Violences psychologiques (verbale ou non-verbale).

On parle de violence psychologique lorsqu'une personne adopte une série d'attitudes et de propos qui visent à dénigrer et à nier la façon d'être d'une autre personne. Ces paroles ou ces gestes ont pour but de déstabiliser ou de blesser l'autre. C'est nier l'autre et le considérer comme un objet. Ces procédés sont destinés à

soumettre l'autre, à le contrôler et à garder le pouvoir. Dans cette forme de violence on compte : le contrôle, l'isolement, la jalousie pathologique, le harcèlement, le dénigrement, les humiliations, les actes d'intimidation, l'indifférence aux demandes affectives et les menaces.

Violences physiques.

Cette forme de violence est la plus visible. Les violences physiques font référence aux coups et blessures. L'agresseur utilise cette forme de violence quand la victime manifeste encore trop d'indépendance à son goût, quand il n'a pas réussi à contrôler tous ses comportements.

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

Violences économiques :

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

Meurtre de la conjointe :

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

Violence domestique :

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

Violences sexuelles :

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

9.1.1.3. Type des violences sexuelles.

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

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

1. **L'attentat à la pudeur :**

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

2. **Le viol :**

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

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

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

4. **Proxénétisme et souteneur :**

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

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

5. **La prostitution forcée :**

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

6. **Le harcèlement sexuel :**

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

7. **L'esclavage sexuel :**

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

8. **Le mariage forcé :**

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

9. Les mutilations sexuelles :

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

10. La zoophilie forcée :

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

11. La transmission délibérée des infections sexuellement transmissibles incurables :

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

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

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

13. La grossesse forcée :

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

14. La stérilisation forcée :

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

15. La pornographie mettant en scène des enfants :

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

16. La prostitution forcée d'enfants :

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

9.1.2. Facteurs favorisant les violences sexuelles et violences sur le genre.

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

Facteurs individuels :

Perte de sécurité, Dépendance, Invalidés physiques et mentales, Manque des solutions de substitution pour faire face aux changements de situation socio-économique, Usage-abus d'alcool ou de drogues, Traumatisme psychologique et stress lié au conflit, à la fuite et au déplacement, Perturbation des rôles au sein de la

famille et de la communauté, Ignorance/manque des connaissances des droits individuels prévus par le droit national et international.

Normes sociales et culturelles :

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

Cadre et pratiques juridiques :

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

Manque de volonté de poursuivre effectivement en justice tous les cas signalés aux autorités ; Faible nombre de poursuites engagées par rapport au nombre des cas signalés, Police et tribunaux inaccessibles ; Insuffisance de fonctionnaires de sexe féminin chargés de l'application de la loi ; Insuffisance des ressources administratives et de l'équipement mis à la disposition des tribunaux locaux et des responsables de la sécurité.

Les conflits armés et guerres.

Durant les conflits armés le nombre de cas de violences sexuelles augmentent sensiblement. Les auteurs sont des hommes en arme et des civils. Effondrement des structures sociales ; Exercices du pouvoir politique et du contrôle sur les autres communautés ; Différences ethniques, Discrimination socio-économique.

9.1.3. Conséquences des violences sexuelles et basées sur le genre.

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

Conséquences physiques :

Les blessures, fracture, l'invalidité, les IST et l'infection à VIH, la Perturbation menstruelle, les grossesses à problèmes, les fausses couches, la souffrance fœtale, le faible poids à la naissance, la grossesse non souhaitée, les avortements provoqués, les fistules vésico-vaginales, la stérilité, l'incontinence, l'état de choc, l'hémorragie, le décès, etc.

Conséquences psychologiques :

Colère, Peur, Ressentiment, Haine de soi, Honte, Culpabilité, Cauchemar, Trouble de mémoire, Frigidité, Apathie, Repli sur soi, Sentiment d'insécurité, Perte de la capacité de jouer un rôle familial et social, Dépression, Trouble de sommeil et/ou de

l'alimentation, Maladie mentale, Isolement social, Stigmatisation, Isolement/rejet de la victime, Suicide ou état suicidaire, etc.

Conséquences juridiques/système judiciaire :

Pression exercée sur des systèmes de police et de justice ; L'inadéquation des lois applicables à différentes formes des violences sexuelles et sexistes peut se traduire par l'absence de réparation judiciaire pour la victime/survivante et de sanction pénale pour l'auteur de violences, la Faible assistance judiciaire ;

Les Interventions judiciaires inappropriées qui ajoutent au traumatisme subi par la victime/survivante, comme le mariage précoce et forcé avec l'auteur de violences ;

Le Faible taux de rapports d'incidents en raison d'un manque de confiance dans un système judiciaire marqué par les dysfonctionnements ;

L'Incidence accrue des cas de récidive contre la même victime/survivante ou d'autres femmes ou jeunes filles de la communauté, etc.

Conséquences socio-économique :

Stigmatisation, rejet, divorce, pauvreté (due à l'apathie et au coût global des soins) ; La victime/survivante éprouve un sentiment d'insécurité, de menace, de crainte ;

Climat de peur et d'insécurité, soit dans l'ensemble de la communauté, soit parmi les femmes seulement ;

La communauté peut se sentir dépassée ou impuissante pour n'avoir pu prévenir la violence en constituant des groupes de surveillance/sécurité ;

La communauté recourt à la « justice » de l'autodéfense pour se protéger contre les suspects.

9.1.4. Droits et besoins des survivants des violences sexuelles

9.1.4.1. Droits des survivants des violences sexuelles.

Droit à la santé :

Les victimes de viol et d'autres formes de violence ont le droit de recevoir des services de santé de bonne qualité pour gérer les conséquences physiques et psychologiques de la violence subies (IST/VIH, grossesse, blessures...).

Droit à la dignité humaine :

Les personnes victimes de VBG doivent recevoir un traitement conforme à la dignité et au respect que celles-ci sont en droit de recevoir en tant qu'êtres humains.

Droit à la non-discrimination :

Les lois, politiques et procédures liées à l'accès aux services ne doivent pas discriminer une personne victime des VBG du fait de sa race, de son sexe, de sa couleur, de sa tribu, de son clan, de sa foi ou de sa nationalité.

Droit à l'auto-détermination :

Une fois orienter pour une prise en charge, les victimes ne doivent pas être forcés ni poussés à subir un examen ou faire l'objet d'un traitement contre leur gré.

Dans ce cas, il est essentiel que les victimes soient bien informées pour lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause. Les victimes ont également le droit de décider si et par qui elles souhaitent être accompagnées dans la recherche des réponses à leurs besoins

Droit à l'information :

Chaque victime doit être informée personnellement de toutes les options de PEC disponibles. L'ensemble des options doit être présenté indépendamment des croyances personnelles de l'intervenant de sorte que la victime puisse prendre une décision en connaissance de cause.

Droit au respect de la vie privée :

Un environnement propice au respect de l'intimité de la personne victime de violence doit être mis en place.

Droit à la confidentialité :

Toutes les informations sur la victime doivent être gardées confidentielles et ne doivent pas être divulguées ni aux membres de la famille ni aux membres de la communauté.

9.1.4.2. Besoins des survivantes des violences sexuelles.

Les Besoins les plus fréquemment exprimés sont :

Besoin de protection et de sécurité :

Contre les représailles, les récidives, les menaces et le harcèlement de l'agresseur. Les survivants veulent se sentir en sécurité, souhaite que l'agresseur ne soit pas libre de ses mouvements : soit mis à l'écart, emprisonné ou placé sous surveillance. Certaines personnes veulent même déménager afin de se sentir en sécurité.

Besoin de PEC médicale :

Ils ont besoin des informations sur la transmission, le dépistage volontaire et le traitement du VIH/sida ainsi que sur l'assistance psychologique en cas d'infection. Les RECO recommanderont aux survivantes de viol de se rendre auprès de service médical dans les 72 heures pour prévenir les IST/VIH/sida, les grossesses non désirées dans les 120 heures, le tétanos et l'hépatite.

Besoin de confidentialité :

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

Besoin d'être reconnu tant que victime :

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

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

Besoin de soutien psychologique :

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

Besoin de la justice :

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

9.2. PRISE EN CHARGE D'UN ADOLESCENT OU UN JEUNE SURVIVANT DE VIOLENCES SEXUELLES.

9.2.1. Principes directeurs de prise en charge.

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

A. Pour les survivants des violences sexuelles :

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

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

- Garder la confidentialité des survivants :

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

- Respecter la dignité humaine des survivants :

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

- ✓ Le survivant doit être informé et conscient des implications de tout témoignage ou toute déclaration à la presse, aux autorités, etc. ;
- ✓ Les intérêts du survivant doivent l'emporter sur ceux d'un plaidoyer et/ou d'une promotion médiatique.

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

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

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

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

B. Pour les intervenants.

- S'assurer que l'intervenant n'a jamais été auteur, co-auteur ou complice d'une violence sexo-spécifiques (violences sexuelles, violence conjugale, etc.) ;
 - S'assurer que les intervenants témoignent d'un comportement constructif caractérisé par l'écoute active, l'objectivité, l'empathie et la patience ;
 - Sachez écouter, en conservant une attitude évitant tout jugement ;
 - Ne posez aux victimes que des questions pertinentes et abstenez-vous de tout signe de dérision ou d'irrespect vis-à-vis d'elles ou de leurs cultures, leurs familles ou leurs situations sociales.
- N'insistez pas pour obtenir davantage d'informations si la patiente n'est pas prête à parler de tout ce qu'elle a vécu.

Responsabilités du personnel non médical travaillant avec le prestataire des soins :

Ce personnel est en contact avec les SVS et doit respecter les principes précités dans la limite de l'accomplissement de leurs tâches. Il ne doit pas usurper le rôle du prestataire, mais il doit accueillir et orienter le survivant de VS.

- Garantir et respecter le caractère confidentiel ;
- Croire et valider l'expérience du (de la) survivant(e) ;
- Orienter vers les services compétents ;
- Encourager l'accès aux services communautaires;
- Aider le survivant à assurer sa sécurité ;
- Reconnaître l'injustice, se montrer courtois et serviable surtout quand 'on se situe au premier accueil ou à la réception et même dans la communauté.

9.2.2. Examen d'un adolescent ou jeune survivant des violences sexuelles.

9.2.2.1. Anamnèse.

Il est question ici de **recueillir les plaintes, les antécédents et le récit des faits** tels que **vécus par le survivant** des VS lors de son agression. Pour ce, le prestataire devra tout d'abord **recevoir** l'adolescent ou jeune SVS **très rapidement**, dans le **calme** et dans un **environnement sécurisé** afin de le mettre en confiance.

Le prestataire devra également faire preuve d'**écoute active et éviter** toute distraction de nature à interrompre le jeune SVS pendant le récit des faits (exemples les vas et viens dans la salle de consultation, les appels téléphonique, etc.).

Le prestataire devra aussi laisser le jeune SVS s'exprimer en sa **langue maîtrisée** et à ses propres mots ; le laisser s'exprimer à son propre rythme et surtout ne pas l'interrompre pour lui demander des détails, mais attendre jusque quand il aura terminé son récit des faits.

Le prestataire des soins **posera des questions précises** ci-après sur: (i) la **date, l'heure et lieux des faits**, le nombre d'agresseurs, leurs sexes et l'éventuel lien de parenté avec l'adolescent ou jeune SVS. (ii) les **circonstances de l'agression** avec recherche des blessures associées et les réactions du jeune vis-à-vis des agresseurs, etc. (iii) les événements associés : une perte de connaissance, une chute au sol, une prise des substances psychoactives (alcool, drogues, médicaments, etc.) (iv) le **déroulement de l'agression** : l'existence ou non d'attouchements sexuels ou subis et notion de pénétration (orale, vaginale et anale) avec ou sans utilisation des corps étrangers. Faire préciser si l'auteur portait un préservatif. (v) Si **l'incident est récent**, il faudra déterminer si depuis le jeune SVS s'est lavé, uriné vomi, déféqué, pris une douche vaginale, fait un lavement anal, ou a changé de vêtements. Cela pourrait compromettre les preuves médico-légales. (vi) les antécédents médico-chirurgicaux (maladies, allergies, médicaments, vaccination et état sérologique) aideront à déterminer le traitement adéquat, l'aide psychologique nécessaire et le suivi médical.

9.2.2.2. Examen physique général.

Critères essentiels pour un examen physique général.

Comme pour les autres cas, il faudra : (i) prélever les **signes vitaux** (T°, pouls, FR et TA, etc.). (ii) **Observer l'apparence générale et le comportement** : conscience, attitude, facies, habits, état nutritionnel, Constitution... et (iii) **Examiner la victime de la tête aux pieds des principaux** systèmes organiques (par l'inspection, de l'auscultation, de la palpation et de la percussion).

1. Examen de la tête, du cou et de la bouche.

L'examen de la tête de la victime consiste à (i) **Inspecter les cheveux et le cuir chevelu** à la recherche des blessures, du sang, des écorchures et des preuves-traces (fibres, feuilles et particules). Si cheveux collants: Dû peut-être au liquide séminal ou

organique. (ii) **Palpez la tête et le cuir chevelu** à la recherche de douleur ou sensibilité. (iii) Inspecter attentivement le visage, les yeux, le nez, les joues, les oreilles, la mâchoire et la nuque à la recherche de toute tuméfaction, hématome, trace de sang et celle en forme d'empreinte (même non signalées à l'anamnèse). (iv) Palper la région pour détecter une douleur et une sensibilité. (v) Examiner les lèvres, les dents, l'intérieur des joues, le palais, les gencives, la gorge et la langue du survivant.

Quelles sont les lésions courantes observées? (i) Tuméfaction, hématome, trace de sang du cuir chevelu causée par étirement des cheveux de la Victime. (ii) Blessures des oreilles, joues ou du visage causées soit par des morsures ou un instrument tranchant. (iii) Traumatisme du nez (fracture, blessure,...) suite à un coup de poing reçu. (iv) Présence d'un chiffon dans la bouche de la Victime pour le réduire au silence. (v) Des blessures aux lèvres, aux gencives, au palais et à la gorge causées par des rapports sexuels forcés par voie orale. (vi) Au Cou: Signes de morsures, plaies et signes d'étranglement (par corde). (vii) Notez tous les résultats en utilisant des mots et des diagrammes.

2. Examen de la partie supérieure du corps : bras, poitrine, torse.

- Examen des membres supérieurs : Inspecter et palper les mains, les ongles et les poignets à la recherche de tuméfaction, hématome, trace de sang et des zones sensibles. Rechercher d'éventuelles marques sur les poignets qui ont pu être causées par une corde. Rechercher la présence de bleus, de contusions ou de plaies ouvertes sur les bras.
- Examen de la poitrine, des côtes et des seins : Examen des seins à la recherche des blessures (morsures, sucés, pincés, tirés, brûlés, coupés et percés).
- Examen de la poitrine à la recherche des blessures causées par les fouets, coups de pied, poignards, morsure, etc.
- Examen des côtes: sensibilité ou non.

Si toux déterminer la durée et la fréquence. Si crachats, évaluer l'aspect, la consistance et la quantité et détecter tout souffle coupé.

3. Examen de l'abdomen et du dos.

Tout résultat anormal fera l'objet d'une évaluation plus poussée. Inspection de l'abdomen à la recherche des égratignures et les bleus. Un bleu en forme de botte à l'abdomen inférieur fait penser à des lésions de l'intestin grêle. Palpation de l'abdomen à la recherche de sensibilité ou douleur observé par l'expression du visage de la victime. Sur le dos recherchez les marques des fouets, des coups de pied, des coups de poing, des poignards, morsure, etc.

4. Partie inférieure du corps : fesses, jambes.

Rechercher les marques des fouets, des coups de pied, des coups de poing, des poignards, morsure; Rechercher si les jambes ont pu être liées.

Rechercher les marques des brûlures de cigarettes, sur les plantes des pieds ou les paumes des mains. Évaluer la motricité et mobilité des jambes et dépister une impotence fonctionnelle (luxation ou fracture).

Évaluer les douleurs, crampes ou spasmes des muscles.

5. Examen de la sphère génitale :

Si la survivante des violences sexuelle est une adolescente ou jeune fille ; hormis l'examen général qui sera réalisé comme décrit ci-haut, le prestataire des soins de santé procédera à l'examen de la sphère génitale, pelvienne et du périnée à la recherche des lésions suivantes : (i) Morsures, écorchures, ecchymoses de succion, cicatrices, lacérations, ulcérations ou éruptions cutanée ou toute autre lésion, (ii) le Saignement vaginale autre que les règles, perte d'urines ou matières fécales par voie vaginale, (iii) Traces de liquide biologique séché (Sang, Liquide séminale), (v) la sensibilité particulière et poils pubiens collants.

NB : Ne pas réaliser de toucher vaginal pour évaluer les dimensions de l'orifice vaginal. Ne pas utiliser de spéculum pour examiner les filles pré-pubères; (douloureux et graves lésions).

6. Examen de la sphère anale.

Le prestataire des soins de santé conduira un examen minutieux de la sphère anale à la recherche de : cicatrice, ecchymoses, lacérations, saignement, ulcérations ou éruptions cutanées, de relâchement sphinctérien, des Corps étranger (herbe, bout de bois, de la terre).

Un saignement de la région anale demande une évaluation plus approfondie.

Localisation des lésions :

(i) Si la survivante a été agressée sexuellement alors qu'elle se trouvait sur son dos, les blessures se situent probablement à l'endroit où le pénis est entré en contact avec le périnée. (ii) C'est la blessure d'enfourchement située sur la fourchette (dans la position des aiguilles d'une montre à 5 heures et 7 heures).

9.2.3. Essentiels sur le traitement d'un adolescent ou jeune survivant des violences sexuelles.

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

Il consiste à un soutien psychologique, un traitement préventif (prophylactique) et un traitement curatif.

A titre de rappel les étapes recommandées pour la prise en charge des victimes d'agression sexuelle lors de la première visite après l'agression : Gérer la crise initiale (tel qu'un soutien émotionnel) et fournir les premiers soins après évaluation initiale pour exclure une urgence nécessitant une prise en charge immédiate ou un transfert éventuel.

Une évaluation approfondie du risque de transmission du VIH est impérative.

En fonction des lésions constatées lors de l'examen physique de l'adolescent ou jeune survivant des violences sexuelles, administrer les soins appropriés selon le cas.

9.2.3.1. Prescription du traitement.

Le traitement dépendra de la précocité avec laquelle la victime se présente au service médico-sanitaire. Le traitement a un but curatif mais aussi et surtout préventif. La synthèse pour la prévention selon le délai de présentation après l'agression.

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

La victime se présente dans les 72 heures qui suivent l'agression, il est impérieux dans ce cas de :

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

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

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

Si consentement :

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

9.2.3.2. Traitement curatif :

- Traitement des blessures : Désinfections de plaies, traitement des plaies (sutures, ...), des fractures et autres complications ;
- Administration d'analgésiques au besoin ;

- En cas d'infection sexuellement transmissible, prescription du traitement adapté selon le protocole national ;
- En cas d'intoxication, le traitement médical symptomatique sera adapté à l'état de la victime.

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

9.2.3.3. Volet préventif :

Il comprend la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, et de la grossesse.

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

- Prévention des IST :

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

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

- Prévention de la transmission du VIH :

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

GENERALITES SUR LES PRATIQUES TRADITIONNELLES NEFASTES.

En République Démocratique du Congo, les pratiques traditionnelles néfastes constituent un vrai problème de santé publique. Les adolescents et jeunes ne sont pas épargnés de cette situation.

Le présent chapitre traite de définition des concepts autour des pratiques traditionnelles néfastes, types, les facteurs favorisant, les conséquences, ainsi que la prévention des pratiques traditionnelles néfastes.

11.1. Définition des concepts.

- **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).
- **Pratiques traditionnelles néfastes** sont des **pratiques d'usage coutumier** qui ne valorisent pas l'être humain. Ce 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.

11.2. Types des pratiques traditionnelles néfastes.

Il existe quatre principaux types des pratiques traditionnelles néfastes : le **mariage précoce** et **forcé**, le **sororat** (Hériter la sœur de son épouse défunte), le **lévirat** (hériter l'épouse de son frère défunt), et les **mutilations génitales féminines** (MGF).

11.2.1. Lévirat et sororat

Le **sororat** consiste à remplacer une femme décédée par sa sœur et le lévirat est la pratique qui consiste à donner en mariage une veuve au frère de son mari.

Conséquences : 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.

11.2.2. Mariage précoce.

Le mariage précoce c'est un mariage qui se contracte au cours de l'adolescence et sans la maturité totale de la jeune fille.

Il a des conséquences dans les domaines de l'éducation et de la santé.

Sur le plan éducationnel : Non scolarisation de la fille, Abandon de l'école

Sur le plan sanitaire : Maternité précoce; Mort pendant l'accouchement; Grande multiparité; Avortement; Prématurnité, faible poids à la naissance; Fistules vesico-vaginales; avec toutes les conséquences psychologiques qui s'en suivent, etc.

11.2.3. Mutilations génitales féminines.

Les mutilations génitales féminines (MGF) recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme. Les mutilations sexuelles féminines sont internationalement considérées comme une violation des droits des jeunes filles et des femmes.

- **Clitoridectomie** : La clitoridectomie est l'ablation partielle ou totale du clitoris. (Source: OMS)
- **Excision** : L'excision est l'ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres. (Source: OMS)
- **Infibulation** : L'infibulation consiste en une excision partielle ou totale des organes génitaux externes et une suture ou un rétrécissement de l'orifice vaginal. (Source: OMS).
- **Autre mutilation** : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux. (Source: OMS)

Bref, les mutilations génitales féminines (MGF) sont 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 mutilations génitales féminines 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.

L'OMS, UNICEF, UNFPA classent les mutilations génitales féminines en quatre groupes (types) ci-après :

- 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.

11.3. Facteurs favorisant les pratiques traditionnelles

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.

11.4. 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.

11.5. 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.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. 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.
2. Ministère de la santé publique, Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de Soins de la mère , du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent en RDC, volume 5, Interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes, édition 2012.
2. 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.
3. Module de formation des formateurs : encadreurs et journalistes amis de l'enfant sur l'initiation à la participation des enfants, Unicef RDC, 2019.
4. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Grossesse chez les adolescentes, Janvier 2020.
5. « La participation des jeunes est cruciale » : garantir un véritable engagement en faveur de la santé sexuelle et reproductive dans les réponses au COVID-19 », octobre 2020.
6. 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.
7. 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.
8. ONU, Protéger les enfants contre les pratiques néfastes dans les systèmes juridiques pluriels, New York 2012
9. Par Youmanity, Pratiques traditionnelles néfastes : quels enjeux pour la coopération ? mai 2017
10. 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.
11. Organisation mondiale de la Santé, Département Santé et Recherche génésiques Modules de formation pour la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles, 2ème édition, 2008.

12. Ministère de la Santé Publique/PNLS, Guide National de prise en charge des Infections sexuellement transmissibles, selon l'approche par compétences, janvier 2006.
13. Ministère de la santé publique/Programme national de santé de l'adolescent, livret d'informations utiles sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, à l'usage des prestataires des services de santé communautaires, version juin 2020
14. Rapport ONUSIDA 2020 : encore des progrès à faire pour maîtriser l'épidémie, juillet 2020.
15. Ministère de la Santé Publique/Programme National de lutte contre le SIDA, « Module de formation des formateurs en compétences pédagogiques appliquées aux conseils et dépistages volontaires de l'infection à VIH », édition 2008 ;
16. Ministère de la Santé Publique/Programme National de lutte contre le SIDA Guide national de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux, 2017
17. Ministère de la Santé Publique/Programme National de lutte contre le SIDA, « Module de formation en Diagnostic conseil initié par le Prestataires » édition 2012
18. Ministère de la Santé Publique « Guide de Prise en charge et l'accompagnement psychologique chez l'adolescent et jeune » 2ème Edition, 2014,
19. 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.
20. 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 », 2019.