



**Boîte à outils** pour la  
**santé sexuelle et reproductive**  
des adolescents en situations de **crise humanitaire**



Document accompagnant le Manuel de terrain  
interorganisations sur la santé reproductive en  
situations de crise humanitaire



**Save the Children**



**UNFPA**

# Remerciements

Cette publication a bénéficié des contributions, des efforts et de l'énergie de nombreux intervenants. La *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire* est le résultat du travail conjoint de Save the Children et de l'UNFPA, sous la direction de Brad Kerner (Save the Children), Cécile Mazzacurati (UNFPA) et Jennifer Kim (UNFPA). Katy Mitchell en est la principale auteure. Consultante indépendante très expérimentée en matière de santé reproductive dans les situations d'urgence, Katy a traduit la vision et les premières ébauches en boîte à outils complète.

Les auteurs remercient également le Groupe consultatif technique et ses membres, dont Ribka Amsalu (Save the Children), John Santelli (Columbia University), Meriwether Beatty (John Snow, Inc.), Susan Purdin (International Rescue Committee) Takashi Izutsu (UNFPA), Vinit Sharma (UNFPA), Josephine Sauvarin (UNFPA), Mary Otieno (UNFPA), Edith Cheung (UNICEF), Marian Schilperoord (HCR), Ouahiba Sakani (HCR), Mihoko Tanabe (Women Refugee Commission), Sandra Krause (Women Refugee Commission), Imane Khachani (consultante indépendante), Cate Lane (Pathfinder/projet Extending Service Delivery), Sonia Navani (RAISE), pour leurs efforts. Les auteurs souhaitent également remercier la Sexual and Reproductive Health Branch et le Adolescent and Youth Cluster de l'UNFPA pour leurs conseils, notamment Laura Laski, Ziad Mikati, Dennia Gayle et Prateek Awasthi.



**L'UNFPA**, Fonds des Nations Unies pour la population, est une agence de développement international qui œuvre en faveur du droit à la santé et de l'égalité des chances de chacun, femme, homme et enfant. L'UNFPA offre son appui aux pays pour utiliser les données démographiques dans la formulation des politiques et des programmes visant à réduire la pauvreté et pour faire en sorte que chaque grossesse soit désirée, que chaque accouchement soit sans danger, que chacun soit protégé du VIH/SIDA et que toutes les filles et toutes les femmes soient traitées avec dignité et respect.

L'UNFPA - parce que chacun compte.

United Nations Population Fund  
220 East 42nd Street  
New York, NY 10017 USA  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

**Save the Children USA** est le premier organisme indépendant à changer les choses durablement pour les enfants dans le besoin aux États-Unis et ailleurs. Depuis plus de 75 ans, Save the Children aide les enfants à survivre et à prospérer en améliorant leur santé, leur éducation et leurs opportunités économiques et, dans les phases aiguës d'une crise, en mobilisant une aide rapide pour secourir les enfants et les aider à surmonter les effets d'une guerre, d'un conflit et de catastrophes naturelles. Save the Children USA appartient à l'International Save the Children Alliance, un réseau mondial de 27 organismes indépendants œuvrant au bien-être et à la protection des enfants dans plus de 120 pays.

Save the Children USA  
54 Wilton Road  
Westport, CT 06880 USA  
[www.savethechildren.org](http://www.savethechildren.org)

**Crédits photos :** Couverture, de haut en bas : Jim Holmes/Save the Children ; Jenny Matthews/Save the Children ; Richard Lord/Save the Children ; Michael Bisceglie/Save the Children. Intérieur : p. 67, Bill Foley/Save the Children ; p. 78, Michael Bisceglie/Save the Children ; p. 87, Tequila Minsky/Save the Children.

**Editeur :** Stephanie Borise

**Graphiste :** Green Communication Design inc.

Cette publication a été possible grâce à l'aide financière de la Branche Humanitaire de l'UNFPA. Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs, et ne reflètent pas forcément les opinions de l'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour la population, ou de Save the Children.

**Boîte à outils** pour la  
**santé sexuelle et reproductive**  
des adolescents en situations **de crise humanitaire**

**Document accompagnant le Manuel de terrain interorganisations  
sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire**

**Septembre 2009**



# SOMMAIRE

▪ Acronymes	4
<b>Introduction</b>	<b>5</b>
▪ Les droits de l'homme et de l'enfant	12
▪ Réponse aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents	16
<b>Mise en œuvre du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) pour la santé reproductive en situations de crise humanitaire incluant les adolescents</b>	<b>21</b>
▪ DMU : coordination de la santé sexuelle et reproductive des adolescents – fiche d'information	25
▪ DMU : les adolescents et la violence sexuelle – fiche d'information	29
▪ DMU : santé néonatale et maternelle chez les adolescents – fiche d'information	33
▪ DMU : prévention et traitement des IST/VIH chez les adolescents – fiche d'information	36
▪ DMU : les adolescents et le planning familial – fiche d'information	39
▪ Les adolescents, la santé mentale et l'aide psychosociale – fiche d'information	41
<b>Outils de participation</b>	<b>44</b>
▪ Participation des adolescents	44
▪ Participation des communautés et des parents	47
▪ Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes existants destinés aux adolescents	49
<b>Outils d'évaluation</b>	<b>52</b>
▪ Evaluation de la santé sexuelle et reproductive des adolescents	52
▪ Evaluation initiale rapide de la santé sexuelle et reproductive des adolescents	56
▪ Analyse de la situation chez les adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive	57
▪ Evaluation complète de la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situation d'urgence	61
<b>Outils pour établissements</b>	<b>67</b>
▪ Evaluation HEADSSS	67
▪ Checklist des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents	75
<b>Outils de distribution communautaire et d'éducation par les pairs</b>	<b>78</b>
▪ Liste de ressources sur l'éducation par les pairs	78
▪ Introduction à la distribution à base communautaire	80
▪ Préparation à la mise en œuvre de la distribution communautaire – Checklist	81
▪ Outil de contrôle des adolescents-distributeurs communautaires	83
▪ Formulaire d'orientation du / de la client(e) pour les adolescents-distributeurs communautaires	86
<b>Partage des leçons apprises</b>	<b>87</b>
▪ Partage des leçons apprises - formulaire	88

## ACRONYMES

- ART:** Thérapie antirétrovirale
- ARV:** Antirétroviral
- CRC:** Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant
- DBC:** Distribution à base communautaire
- DMU:** Dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive en situations de crise
- EAS:** Exploitation et abus sexuels
- HCR :** Haut Commissariat pour les réfugiés
- IAFM:** Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire
- IASC :** Comité permanent interorganisations
- IST :** Infection sexuellement transmissible
- OMS :** Organisation mondiale de la santé
- ONG :** Organisation non-gouvernementale
- PF :** Planning familial
- PTME :** Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
- SR :** Santé reproductive
- SSR :** Santé sexuelle et reproductive
- SIDA :** Syndrome d'immunodéficience acquise
- SSRA :** Santé sexuelle et reproductive des adolescents
- UNFPA :** Fonds des Nations Unies pour la population
- UNICEF :** Fonds des Nations Unies pour l'enfance
- VBG :** Violence basée sur le genre
- VIH :** Virus de l'immunodéficience humaine



# Introduction

**Qu'est-ce que l'adolescence ?** L'adolescence est définie comme la période comprise entre 10 et 19 ans. Il s'agit d'un continuum de changements physiques, cognitifs, comportementaux et psychosociaux, caractérisé par une augmentation de l'autonomie individuelle, par un affermissement de l'identité et de l'estime de soi ainsi que par une indépendance progressive vis-à-vis des adultes.

Les adolescents développent la capacité de penser de façon abstraite, ce qui leur permet de penser à et planifier leur avenir. L'expérimentation et la prise de risques sont normales à l'adolescence et font partie de l'apprentissage de la prise de décision. Les adolescents sont influencés de manière à la fois positive et négative par leurs pairs, auxquels ils vouent respect et admiration. Les adultes jouent un rôle important dans le développement des adolescents. Ils peuvent les aider à peser les conséquences de leurs comportements (tout particulièrement lorsque ces comportements sont dangereux) et à identifier les options qui s'offrent à eux. L'influence positive exercée par au moins un adulte et un environnement familial favorable constituent des facteurs de protection au cours de cette période cruciale de développement et peuvent ainsi aider les adolescents à faire face au stress et à développer leurs capacités de résilience.

A une extrémité du continuum se trouvent les *très jeunes adolescents* (âgés de 10 à 14 ans) qui se rapprochent sur le plan physique, cognitif, émotionnel et comportemental des enfants plutôt que des adultes. C'est à la très jeune adolescence que l'on commence à forger son identité sous l'influence de facteurs internes et externes. Des signes de maturation physique commencent à apparaître au cours de cette période : une pilosité pubienne et axillaire apparaît ; chez les filles, les seins se développent et les premières règles peuvent survenir ; chez les garçons, le pénis et les testicules se développent de même que la pilosité faciale et la voix devient plus grave. Alors que les jeunes adolescents prennent conscience de leur sexualité, ces derniers peuvent commencer à avoir des rapports sexuels. Ils peuvent également s'essayer à la prise de substances telles que l'alcool, le tabac ou les drogues. Il est important que les programmes de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents (SSRA) développent des stratégies ciblant tout particulièrement les très jeunes adolescents, en élaborant des interventions adaptées à leur niveau de maturité, d'expérience et de développement.

*L'adolescence est l'une des étapes de la vie les plus fascinantes et peut-être aussi l'une des plus complexes. C'est une période pendant laquelle les jeunes assument de nouvelles responsabilités et font l'apprentissage de l'indépendance. Ils cherchent à affirmer leur identité, ils 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. Lorsque les adolescents sont aidés et encouragés par des adultes qui s'intéressent à eux, ils s'épanouissent véritablement et assument pleinement leur rôle au sein de leur famille et de leur communauté. Débordant d'énergie, de curiosité et d'une vitalité quasiment inépuisable, les jeunes ont la possibilité de remédier aux problèmes sociaux et de briser l'engrenage qui transmet la violence et la discrimination d'une génération à l'autre. Par leur créativité, leur dynamisme et leur enthousiasme, les jeunes peuvent radicalement changer le monde dans lequel ils vivent, et améliorer leurs conditions de vie ainsi que celles de tout un chacun.*

Source : UNICEF : *L'adolescence : une étape capitale*. 2002.

Au cœur de l'adolescence (15-16 ans), les jeunes commencent à développer des idéaux et à sélectionner des modèles de rôle. Les adolescents de cette tranche d'âge sont fortement influencés par leurs pairs. L'orientation sexuelle se développe progressivement et les individus non-hétérosexuels peuvent commencer à ressentir un conflit intérieur, tout particulièrement au milieu de l'adolescence.

A l'autre extrémité du continuum se trouvent les *adolescents plus âgés* (de 17 à 19 ans) qui peuvent ressembler à des adultes et se comporter comme tels mais qui n'ont pas encore atteint une maturité cognitive, comportementale et émotionnelle. Les adolescents plus âgés pouvant prendre seuls des décisions, ils peuvent avoir un emploi, leur identité sexuelle se renforce et il peut arriver qu'ils se marient et fondent une famille ; ils bénéficient toujours de l'influence de leurs modèles de rôle adultes ainsi que de la famille et des structures sociales qui les aident à concrétiser leur passage dans le monde de ces derniers.

### Les enfants, les adolescents, la jeunesse et les jeunes

Le terme utilisé pour désigner les personnes âgées de 0 à 24 ans varie en fonction du contexte et de la source d'information. Les définitions internationales sont résumées dans le tableau ci-dessous mais la compréhension des termes varie beaucoup en fonction des pays, des cultures et des groupes.

La Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant (CRC) regroupe tous les individus âgés de 0 à 18 ans dans la catégorie des « enfants ». Par conséquent, les adolescents sont sous le couvert de la CRC jusqu'à l'âge de 18 ans. La « jeunesse » comprend les 15 à 24 ans. Les « jeunes » englobent les 10 à 24 ans. Ces deux

termes reflètent le développement continu et la maturation des individus au cours de la période allant de leurs 18 ans au seuil de l'âge adulte.

Tableau 1

Terme	Tranche d'âge	Source
Enfants	0-18 ans	Convention sur les Droits de l'Enfant
Adolescents	10-19 ans	UNFPA, OMS, UNICEF
Très jeunes adolescents	10-14 ans	UNFPA, UNICEF
Jeunesse	15-24 ans	UNFPA, OMS, UNICEF
Jeunes	10-24 ans	UNFPA, OMS, UNICEF

### Pourquoi se focaliser sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents ?

Bien que les adolescents représentent une grande proportion de la population dans les pays en voie de développement où la plupart des crises humanitaires se produisent, leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive (SRH) sont largement insatisfaits. En 2000, 29% de la population des pays en voie de développement étaient des adolescents ; dans les pays les moins développés, les adolescents représentaient 32% de la population totale. Partout dans le monde, les adolescents filles et garçons atteignent la puberté plus tôt, se marient plus tard et ont de plus en plus fréquemment des rapports sexuels avant le mariage. Toutefois, les besoins en contraceptifs non satisfaits chez les adolescents représentent plus du double de ceux des femmes mariées. Une femme sur trois dans le monde devient mère avant l'âge de 20 ans, le nombre d'accouchements chez les femmes de moins de 20 ans représentant au total 15 millions par an. Les adolescentes enceintes sont plus exposées à la morbidité et à la mortalité en raison des



complications qui peuvent apparaître au cours de la grossesse et de l'accouchement, dont l'arrêt du travail, le travail prématuré et l'avortement spontané. Chaque année, cinq millions d'adolescentes âgées de 15 à 18 ans subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité et 70 000 décès liés à des avortements surviennent tous les ans dans cette tranche d'âge. La moitié des nouveaux cas d'infection par le VIH touche les 15-24 ans et un tiers des nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) curables concernent des jeunes de moins de 25 ans.

### Pourquoi la santé sexuelle et reproductive des adolescents est-elle importante en situations d'urgence ?

Alors qu'ils passent de l'enfance à l'âge adulte, les adolescents bénéficient en temps normal de l'influence exercée par des modèles de rôle adultes, par les normes et les structures sociales ainsi que les groupes communautaires (groupes de pairs, religieux ou culturels).

Dans certains cas, les couples se marient plus tard, ce qui conduit à une adolescence prolongée et à une entrée retardée dans l'âge adulte. Il peut alors s'avérer judicieux d'élargir la définition de la notion d'« adolescence » afin d'inclure les personnes jusqu'à l'âge de 24 ans.

Cependant, lorsqu'une catastrophe naturelle ou un conflit armé engendre une urgence humanitaire, les liens avec la famille et les structures sociales sont coupés : les adolescents peuvent se retrouver séparés de leurs familles ou de leur communauté, tandis que les programmes éducatifs formels et informels sont interrompus et les réseaux sociaux et communautaires se disloquent. Les adolescents peuvent ressentir de la crainte, du stress, du désœuvrement ou bien de l'ennui. Ils peuvent se retrouver dans des situations à risque qu'ils ne sont pas prêts à affronter et peuvent avoir à assumer du jour au lendemain le rôle des adultes sans y être préparés, sans modèles positifs, ni réseaux de soutien.

La perte des moyens de subsistance, de la sécurité et de la protection assurés par la famille et la communauté expose les adolescents à la pauvreté, la violence, l'exploitation et les abus sexuels (EAS). En situations de crise, les adolescents (tout particulièrement les filles) sont vulnérables au viol et à l'exploitation sexuelle qui peuvent

être perpétrés par les forces armées, les membres de la communauté, les agents humanitaires et le personnel en uniforme. De nombreux adolescents, y compris les plus jeunes, ont recours à la prostitution pour répondre à leurs propres besoins ou aux besoins de leurs familles. Ils peuvent également être recrutés par les forces ou groupes armés, ce qui accroît leur vulnérabilité à l'exploitation et aux abus sexuels, à l'infection par le VIH/IST et aux grossesses non désirées en raison de leur forte mobilité et d'une augmentation de la prise de risques (y compris la prise d'alcool et de drogues). Les adolescents qui vivent des situations de crise peuvent s'avérer incapables de s'imaginer un avenir optimiste et concevoir l'avenir de manière fataliste, ce qui peut également contribuer à des comportements sexuels à haut risque et à ce qu'ils ne cherchent pas à accéder aux soins médicaux.

La question de l'accès aux soins des adolescents en situations d'urgence est encore compliquée par la dislocation des familles et l'interruption des services d'éducation et de santé (que ce soit en raison de dommages causés aux infrastructures ou d'une augmentation de la demande vis-à-vis de ces services). Ces facteurs contribuent au risque que les adolescents soit privés d'accès aux informations et services de SSR au cours de la période où ils sont le plus exposés.

Le manque d'accès aux informations sur la SSR, l'interruption des services de SSR ou leur inaccessibilité, l'augmentation des risques d'EAS de même que les comportements sexuels à haut risque, exposent les adolescents vivant en situations d'urgence à des risques de grossesse non désirée, des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, des infections par le VIH et des IST.

### Quelles catégories d'adolescents sont particulièrement à risque et exigent une attention particulière ?

Certaines catégories d'adolescents, tels que les très jeunes, les adolescentes enceintes ou les marginalisés, sont considérées comme étant à risque en temps normal. D'autres adolescents rentrent dans la catégorie à risque du fait de la crise.

#### Les catégories à risque sont par définition les suivantes :

- les très jeunes adolescents (10-14 ans), tout particulièrement les filles, sont exposés aux EAS en raison de leur dépendance, de leur impuissance et de leur manque de

participation aux prises de décision. Compte tenu de leur expérience limitée de la vie, ces adolescents peuvent ne pas reconnaître la nature sexuelle des exploitations et des abus qu'ils subissent.

- *les adolescentes enceintes*, tout particulièrement celles âgées de moins de 16 ans, sont fortement exposées à des risques d'arrêt dans la progression du travail ou d'urgence obstétrique potentiellement mortelle lorsque le bassin « immature » est trop petit pour permettre le passage d'un nouveau-né par les voies normales. Un retard dans le traitement peut entraîner des fistules obstétricales ou une rupture de l'utérus, une hémorragie voire un décès de la mère et de l'enfant. Les services de soins obstétricaux d'urgence sont souvent indisponibles en situations de crise, ce qui augmente les risques de morbidité et de mortalité chez les mères adolescentes et leurs nouveau-nés.
- *les adolescents marginalisés*, dont les séropositifs, les handicapés, les non-hétérosexuels, les indigènes et les migrants, peuvent rencontrer des difficultés pour accéder aux services en raison de la stigmatisation dont ils sont victimes, d'un préjudice, de leur culture, de leur langue et de leurs handicaps physiques ou psychiques. Ils sont exposés à la pauvreté et courent le risque d'être exploités ou abusés sexuellement.

### Les catégories les plus exposées en situation de crise sont les suivantes :

- *les adolescents séparés de leurs familles (parents ou époux) et les adolescents à la tête d'un foyer* sont privés de la protection et la sécurité des moyens de subsistance qu'offre en temps normal la structure familiale, ce qui les expose à la pauvreté et aux risques d'EAS. Les adolescents isolés et les adolescents à la tête d'un foyer peuvent se voir obligés de quitter l'école, de se marier ou de se prostituer pour satisfaire leurs besoins en matière de nourriture, d'abri ou de protection.
- *Les survivants/victimes de violence sexuelle et d'autres formes de violence basée sur le genre (VBG)* sont exposés à des risques de grossesse non désirée, d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, à des IST dont le VIH, à des problèmes psychosociaux et de santé mentale ainsi qu'à une stigmatisation sociale.
- *Les adolescentes se prostituant* sont exposées à des risques de grossesse non désirée, d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, à des IST dont le VIH. Elles sont exposées à des risques de toxicomanie et d'alcoolisme ainsi que d'EAS. Tout acte de prostitution impliquant un adolescent âgé de moins

de 18 ans est, au regard de la loi internationale, considéré comme une exploitation sexuelle et commerciale des enfants.

- *Les enfants associés aux forces et groupes armés*, garçons comme filles, ont souvent des rapports sexuels à un très jeune âge et se retrouvent très exposés au VIH. Les membres des forces et groupes armés en général, dont les adolescents, sont fortement exposés à des risques d'infection par le VIH étant donné leur âge, la mobilité et la propension à la prise de risques qui les caractérisent. Les combattantes, les jeunes filles associées aux forces armées, les mineurs détournés et les personnes à charge connaissent fréquemment abus et les violences sexuelles. Ces personnes sont exposées à des problèmes psychosociaux et de santé mentale dans la mesure où elles peuvent avoir commis ou être témoins d'actes d'extrême violence physique ou sexuelle ou peuvent être elles-mêmes victimes de violence sexuelle. Les jeunes filles peuvent être victimes de viol par des commandants ou d'autres soldats. Elles sont exposées à des risques de grossesse non désirée, d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, à une infection par le VIH et des IST.

Quelle que soit la source de leur vulnérabilité, toutes les catégories d'adolescents à risque exigent une attention particulière et des interventions ciblées pour garantir le respect de leurs besoins en matière de SSR en période de crise.

### Quels facteurs doivent être pris en compte lors de la mise en œuvre de programmes de SSRA en situations d'urgence ?

La plupart des modèles existants d'interventions en SSRA concerne des situations de développement ; il existe peu de modèles testés sur le terrain d'interventions en SSRA en situations d'urgence. Ceci ne veut pas dire que les modèles utilisés en période de développement ne s'appliquent pas aux situations d'urgence ; dans de nombreux cas, ils le sont mais doivent être adaptés à ces situations d'urgence. Par exemple, lors de la phase aiguë d'une urgence, les interventions de secours sont prioritaires. Même en situation d'urgence, il convient d'essayer d'impliquer la population bénéficiaire dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes. Cependant, le niveau de participation pouvant être atteint peut s'avérer inférieur à celui rencontré dans une situation stable ou prolongée. Une fois la phase aiguë de l'urgence stabilisée, des

interventions testées sur le terrain en situation de développement, associées à une plus forte participation des parties prenantes, doivent être introduites.

Les facteurs à prendre à compte dans le cadre des programmes SSRA sont résumés ci-dessous. Il convient de noter que chacun de ces facteurs à prendre en compte s'applique à la fois aux situations d'urgence et de non-urgence mais peut être ignoré en situation d'urgence. De plus amples renseignements sont fournis dans les fiches d'information et les différents outils.

Dans ce document, les expressions « situations de crise humanitaire », « situations de crise » et « situations d'urgence » sont utilisées indifféremment.

### **Droits de l'homme, questions éthiques et juridiques :**

en vertu du droit international, les adolescents sont sous le couvert de la Convention des Droits de l'Enfant (CRC) jusqu'à l'âge de 18 ans. Ces droits incluent le droit aux informations et services de santé reproductive et assurent toute protection contre la discrimination, les abus et l'exploitation. Le personnel de santé, les adolescents, les membres des communautés (y compris les parents) et les agents humanitaires doivent être informés des droits des adolescents et travailler ensemble pour garantir la protection de ces droits, même en temps de crise.

En outre, certaines questions d'ordre éthique doivent être prises en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des interventions auprès des adolescents. Les activités et interventions indiquées dans les programmes doivent respecter les adolescents et leur droit à l'auto-détermination ; les avantages procurés par ces interventions doivent l'emporter sur les risques ; la participation des adolescents doit être encouragée et leurs opinions respectées.

Pour finir, les lois locales, nationales et internationales doivent être respectées dans la mesure du possible. Toutefois, et quelle que soit la situation, il est important que les intérêts de l'adolescent soient prioritaires.

### **Rendre les interventions accessibles, acceptables et adaptées aux adolescents :**

même en situation de non-urgence, les adolescents doivent faire face à une série d'obstacles qui souvent limitent leurs capacités d'accéder aux services de santé reproductive. Parmi ces obstacles, indiquons **des**

**obstacles intrinsèques**, tels que le sentiment de honte, la peur ou l'anxiété vis-à-vis des problèmes liés à la sexualité et à la reproduction, le manque d'information sur les services disponibles, un manque d'habitude de recourir aux soins et aux conseils et le sentiment que les services ne seront pas confidentiels ; **des barrières socioculturelles**, telles que les normes sociales qui dictent le comportement et la sexualité des jeunes, filles comme garçons, la stigmatisation dont sont victimes les adolescents sexuellement actifs, les barrières culturelles qui limitent l'accès des femmes, des jeunes filles ou certaines catégories de la population aux services de santé, les problèmes d'accès à l'éducation, les différences de langues, l'attitude des prestataires de soins envers les adolescents ou leur réticence à répondre à leurs besoins de santé reproductive ; sans oublier **des barrières structurelles**, telles que l'éloignement des établissements de santé, le manque de structures pour les personnes souffrant de handicaps, les heures d'ouverture inadaptées, les délais d'attente, la facturation de ces services et le manque d'intimité.

Les obstacles que rencontrent les adolescents dans l'accès aux services augmentent en situation de crise lorsque les services et infrastructures de santé (y compris les réseaux de communication et de transport) sont interrompus, lorsque les services de santé sont surchargés, dès lors que l'insécurité restreint les possibilités de se déplacer et que d'autres activités telles que les besoins en termes de nourriture et d'abri, prennent le pas sur les problèmes de santé reproductive.

### **Implication de la communauté et des parents :**

l'implication et l'acceptation de la communauté et des parents au sein des programmes de SSRA sont essentielles à la réussite et à la durabilité des programmes. Les membres de la communauté tout comme les parents et les adolescents doivent être impliqués dès le tout début de l'élaboration des programmes et doivent si possible contribuer à leur mise en œuvre.

### **Réintégration dans les familles ou communautés :**

bien que ce point ne relève pas particulièrement de la santé reproductive, une réintégration réussie des adolescents dans leurs familles ou la communauté s'avère essentielle pour réduire au minimum les risques en matière de santé sexuelle et reproductive. Il est primordial en situation

## A PROPOS DE LA BOÎTE À OUTILS POUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE ET SEXUELLE DES ADOLESCENTS EN SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE

La boîte à outils pour la santé reproductive et sexuelle des adolescents en situations de crise humanitaire fournit des informations et des conseils en faveur de la santé reproductive et sexuelle des adolescents et de la mise en œuvre **des interventions en matière de santé reproductive et sexuelle incluant les adolescents**. La boîte à outils est conçue pour accompagner le Chapitre 4 « La santé reproductive des adolescents » du *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés*, IAFM. Les outils ont été conçus pour mettre en application ce chapitre en fournissant des conseils sur les actions à mener pour s'assurer que les interventions en matière de santé reproductive et sexuelle mises en place pendant et immédiatement après une crise répondent aux besoins des adolescents.

Alors que la meilleure façon de garantir la satisfaction des besoins en SSRA consiste à **intégrer la SSRA** dans la réponse d'urgence en santé reproductive, l'intégration est un processus exigeant planification et coordination, et les agences chargées de la mise en œuvre n'ont souvent pas le temps, ni les ressources, ni les capacités pour le faire au cours de la phase aiguë de l'urgence.

Reconnaissant que les approches d'intégration de la SSRA en situations d'urgence ne sont pas encore normalisées, la *boîte à outils SSRA* a été conçue pour aider les directeurs de programmes des agences chargées de la mise en œuvre à garantir la satisfaction des besoins en santé reproductive et sexuelle des adolescents dans toutes les situations d'urgence, qu'elles soient d'origine naturelle ou provoquées par l'homme. Elle fournit également une sélection d'outils destinés plus particulièrement au personnel de santé afin qu'il puisse fournir et suivre plus efficacement les services dédiés aux adolescents au niveau des cliniques et des communautés. Les outils sont conçus pour être faciles d'utilisation afin que les prestataires de services n'ayant jamais reçu de formation pour travailler auprès des adolescents puissent le faire confortablement en cas d'urgence.

Chaque situation humanitaire est unique et il est prévu que les outils soient adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques exprimés sur le terrain. Il est également prévu que la boîte à outils soit utilisée pour sensibiliser aux besoins de santé reproductive des adolescents et servir d'étape initiale dans l'intégration de la SSRA aux réponses d'urgence en santé reproductive.

d'urgence de faire en sorte que les adolescents ne soient pas séparés de leurs familles ; la création d'espaces sûrs (safe spaces) et le lancement d'activités éducatives en temps de crise peuvent contribuer à minimiser le désœuvrement chez les adolescents et éviter ainsi qu'ils ne soient enlevés, ou qu'ils ne soient la cible d'un conflit armé. Les sessions d'information et de sensibilisation au VIH auprès des communautés bénéficiaires doivent commencer bien avant le début de la réintégration des adolescents afin de prévenir la stigmatisation ou la discrimination au sein des communautés. Des mesures de protection renforcées ainsi qu'un renforcement des approches basées sur la communauté vis-à-vis des moyens de subsistance et de l'éducation peuvent également contribuer à prévenir tout nouveau recrutement ou comportement préjudiciable tel que la prostitution.

### **Besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents garçons :**

les adolescentes sont les plus exposées en situations d'urgence mais il est tout aussi urgent de répondre aux besoins des adolescents garçons ;

les programmes de SSRA doivent reconnaître les besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductives des adolescents garçons. Ces derniers ont un rôle important à jouer dans l'amélioration de la situation des adolescentes en termes de santé. L'implication à la fois des filles et garçons dans les discussions sur le pouvoir et l'égalité des sexes permet de réduire les risques de VBG et de modifier les règles existantes favorisant les VBG et l'exclusion des filles des services de santé. Les adolescents garçons doivent faire face à des taux élevés d'infection par le VIH/SIDA et par des IST (sans être aussi élevés que ceux des filles). En informant les garçons sur la santé sexuelle et en garantissant leur accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité adaptés aux adolescents, le comportement sexuel à risque peut être atténué chez ces adolescents. Les garçons sont également le cœur de cible du recrutement des forces et groupes armés où ils sont alors exposés, en tant qu'acteurs et victimes, à l'exploitation et aux abus, outre le fait d'être entraînés ou poussés vers la prise de risques.

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. IAWG on the Role of Community Involvement in ASRH. *Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Conceptual Framework and Suggested Outcome Indicators*. December 2007. [http://web.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/781\\_filename\\_iawg\\_ci.pdf](http://web.unfpa.org/upload/lib_pub_file/781_filename_iawg_ci.pdf)
2. Graça Machel, *Impact des enfants sur les conflits armés*, Nations Unies : 1996. [http://www.unicef.org/graca/a51-306\\_en.pdf](http://www.unicef.org/graca/a51-306_en.pdf)
3. Population Council, Family Health International. *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings*. 2005. <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf>
4. Women's Refugee Commission. *Untapped Potential: Adolescents Affected by Armed Conflict*. New York: 2002. <http://womenscommission.org/pdf/adol2.pdf>
5. OMS, UNFPA, HCR. *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés*. Chapitre 4 : « Santé reproductive des adolescents, » 2009.
6. UNFPA. *Making Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health a Reality for All: Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health Framework*. UNFPA, 2008

## Les droits de l'homme et de l'enfant

Les violations des droits de l'homme sont courantes en situations de crise qu'elles soient d'origine naturelle ou provoquées par l'homme. Les Etats sont responsables de la protection des droits de l'homme de leurs citoyens mais en temps de crise, ils peuvent s'avérer temporairement incapables d'assurer leur protection (en cas de catastrophe naturelle, par exemple) ou peuvent se trouver déchus de leur fonction (en cas de conflit armé). Le droit à la santé, y compris à la santé

sexuelle et reproductive, n'est pas suspendu en situation d'urgence et il incombe aux Etats de s'assurer que les personnes marginalisées ou les plus exposées de la population reçoivent un abri, de l'eau, de la nourriture, du combustible pour la cuisine et des soins de santé.

Le schéma ci-dessous illustre les droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans le cadre des droits de l'homme :

FIGURE 1: DROITS DE L'HOMME PROTÉGEANT LES DROITS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS



(Source : Ahumada C & Kowalski-Morten S. *A Youth Activist's Guide to Sexual and Reproductive Health*. Ottawa: The Youth Coalition. 2006.)

## Comment les droits de l'homme et les questions juridiques sont-ils liés à la santé sexuelle et reproductives des adolescents en situations d'urgence ?

Les droits de l'homme applicables aux adolescents, y compris les catégories vulnérables, sont protégés par plusieurs déclarations et conventions au regard du droit international.

### La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme

mentionne le droit à la santé en vertu du droit à un niveau de vie suffisant (Article 25 de la Déclaration).

### La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé

**définit la santé** comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité et déclare que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale (OMS, 1946).

Cette définition a été élargie au cours de la **Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994** qui a défini la santé reproductive et le droit à la santé reproductive comme suit : *un état de bien-être physique, mental et social total et non la simple absence de maladies ou d'infirmités, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement. La santé reproductive suppose par conséquent le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante et sans risque, et la liberté et la possibilité de décider si et quand on veut avoir des enfants. Cela implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale et d'utiliser celle qui leur convient ou toute autre méthode de régulation des naissances qui ne soit pas illégale, ainsi que le droit à des services de santé assurant un bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et donnant aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.*

### La Conférence Mondiale sur les Femmes (Beijing 1995)

a élargi la définition de la santé reproductive pour y inclure la sexualité :

*Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris de*

**Le droit à la santé reproductive** comprend le droit à un état de bien-être physique, mental et social total et non la simple absence de maladies ou d'infirmités, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement.

*CIPD, 1994*

*leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsables des décisions dans ce domaine.*

## La Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant :

Les adolescents sont protégés par les droits de la Convention sur les Droits de l'Enfant (CRC) et ce jusqu'à 18 ans. Ces droits sont listés ci-dessous avec des exemples de leur association à la santé sexuelle et reproductive des adolescents :

- Le droit à la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, y compris le droit à la santé reproductive.
- Le droit à recevoir et répandre des informations et le droit à l'éducation, y compris des informations complètes et correctes sur la santé sexuelle et reproductive.
- Le droit à la confidentialité et à la vie privée, y compris le droit d'obtenir des services de santé reproductive sans l'accord d'un parent, époux ou tuteur. La réalisation d'un examen de virginité (hymen) sur une adolescente sans son consentement constituerait une violation de ce droit.
- Le droit à la non-réalisation de pratiques traditionnelles préjudiciables, y compris l'excision et le mariage précoce forcé.
- Le droit à la non-réalisation de toutes les formes d'abus physiques et mentaux et de toutes les formes d'exploitation sexuelle, y compris la violence sexuelle, la violence domestique et l'exploitation sexuelle.
- Le droit à l'égalité et à la non-discrimination, y compris le droit d'accéder aux services de santé reproductive quel que soit l'âge ou la situation familiale et sans l'accord d'un parent, tuteur ou époux.

En vertu du droit humanitaire international et du droit international des droits de l'homme, les enfants sont protégés contre tout recrutement et utilisation par les forces et groupes armés. Le recrutement et le recours aux enfants de moins de 15 ans dans les forces et groupes armés constituent des crimes de guerre. Outre la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant, les instruments internationaux et régionaux y compris le Protocole facultatif aux Conventions de Genève et les Protocoles additionnels, le Statut de Rome établissant la Cour Pénale Internationale et la Charte africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant offrent un cadre législatif pour la protection des enfants.

Bien que la plupart des adolescents (ceux âgés entre 10 et 18 ans) soient considérés comme des enfants au vu du droit international, les **capacités évolutives de l'enfant** sont également reconnues. Il est simplement indiqué qu'au fur et à mesure que les enfants avancent dans l'adolescence et font l'expérience de la vie, ils sont de plus en plus en mesure de prendre seuls des décisions importantes. Ce point revêt une importance toute particulière lors de la prise en compte des problèmes liés à la SSRA, plus spécifiquement lorsque des services de SSRA sont fournis sans exiger l'accord d'un parent ou époux.

La question visant à savoir si les adolescents peuvent eux-mêmes fournir un **consentement éclairé** pour ce qui est des interventions de santé sexuelle et reproductive telles que les services de conseil et de dépistage du VIH, les soins cliniques à l'issue de violences sexuelles, le traitement des IST et les soins de maternité, peut s'avérer très sensible. En 2003, le Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies a rédigé un Commentaire Général n°4 qui décrit les droits des adolescents à la santé et au développement dans le contexte de la Convention des Droits de l'Enfant (Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies, 2003). Le commentaire fournit aux adolescents le droit à l'information dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive, « indépendamment de la situation familiale et de l'accord ou non de leurs parents ou tuteurs » (paragraphe 28). Il indique également que si les parents ou tuteurs fournissent un consentement éclairé, l'adolescent doit pouvoir exprimer son point de vue et ce dernier doit être pris en compte. Il reconnaît les capacités évolutives de l'enfant en accordant aux adolescents faisant preuve d'une « maturité suffisante » le droit à fournir un consentement éclairé « le concernant, tout en informant les parents si cette action s'avère dans l'intérêt supérieur de l'enfant » (paragraphe 32). Les prestataires de santé sont tenus de fournir aux adolescents des conseils à titre privé

et confidentiel afin qu'ils puissent prendre des décisions en toute connaissance de cause sur leur traitement (paragraphe 33).

Pour finir, les adolescents souffrant de handicaps sont protégés par **la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées**. Dix pour cent de la population mondiale souffrent de handicaps et 80% des personnes handicapées vivent dans les pays en voie de développement (UNFPA, 2007). En situations d'urgence, le nombre d'adolescents souffrant de handicaps peut augmenter en raison des blessures physiques ou psychologiques, voire de maladies mentales se manifestant suite à la crise.

**Les adolescents souffrant de handicaps** incluent ceux présentant des handicaps physiques, psychiques, intellectuels ou sensoriels de longue durée, **qui une fois en interaction** avec diverses barrières, peuvent entraver leur participation totale et efficace dans la société au même niveau que les autres.

*Convention des Nations Unies relative aux personnes handicapées*

Les handicapés sont tout autant sexuellement actifs que les personnes sans handicaps mais présentent trois fois plus de risques d'être victimes de violence sexuelle, ce qui les expose aux risques de grossesse non désirée, aux IST et au VIH. Les personnes souffrant de handicaps disposent d'un accès plus réduit aux services de santé (y compris aux services de santé mentale et d'aide psychosociale) ainsi qu'aux services juridiques. Les adolescents souffrant de handicaps sont plus exposés à d'autres violations des droits de l'homme, telles que le viol, l'EAS, la stérilisation forcée, l'avortement forcé et le mariage forcé.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées stipule que les Etats *prennent des mesures efficaces et appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans tout ce qui a trait au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles, sur la base de l'égalité avec les autres. Elle stipule également que les personnes handicapées ont droit à des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires* (Nations Unies, 1997).



## Comment les programmes de SSRA doivent-ils empêcher ou aborder les violations des droits de l'homme en situations d'urgence ?

Les programmes de SSRA doivent impliquer d'autres secteurs afin de s'assurer que le personnel de santé, les adolescents, les membres de la communauté et les autres acteurs humanitaires connaissent les droits des adolescents, tout particulièrement ceux liés à la santé reproductive. Tous les efforts doivent être menés pour s'assurer que les adolescents, y compris les groupes marginalisés et ceux souffrant de handicaps, ont accès aux informations et services de santé reproductive et qu'ils ne font pas l'objet de violations des droits de

l'homme. Toute violation connue ou présumée des droits fondamentaux des adolescents au cours de la phase aiguë d'une crise ou dans le cadre de la prestation de services complets de santé reproductive doit être rapportée à l'organisation des Nations Unies supervisant la réponse humanitaire (Cluster Santé, OCHA, HCR, etc.).

Les lois nationales relatives aux droits des adolescents peuvent entrer en conflit avec le droit international. Il est très important que le personnel humanitaire connaisse les lois nationales et qu'il sache comment gérer les situations de conflit pouvant survenir entre les lois nationales et le droit international. Souvenez-vous que le facteur le plus important dans la prise d'une décision est avant tout l'intérêt de l'enfant (ou de l'adolescent).

### SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. IPPF. *Young Person's Guide to Rights*, (1-page booklet), <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/1F0F2AA6-5-A35-4771-8222-E002874748F1/0/Ayoungpersonsguide.pdf>.
2. Nations Unies. *Convention sur les Droits de l'Enfant*. <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>.
3. Nations Unies. *Convention des Nations Unies relatives aux personnes handicapées* <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>.
4. Nations Unies. *Conférence internationale sur la population et le développement* « Résumé du plan d'action » <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/populatin/icpd.htm>
5. United Nations. *The Right to Reproductive and Sexual Health*. 1997. <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/women/womrepro.htm>
6. Nations Unies. *Quatrième conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes*. « Programme d'action » 1995. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>
7. Nations Unies. *Déclaration universelle des droits de l'Homme*. <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>.
8. United Nations Committee on the Rights of the Child. *General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child*. 1 July, 2003. [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/504f2a64b22940d4c1256e1c0042dd4a/\\$FILE/G0342724.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/504f2a64b22940d4c1256e1c0042dd4a/$FILE/G0342724.pdf).
9. UNFPA. *Sexual and Reproductive Health of Persons with Disabilities* 2007. [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/741\\_filename\\_UNFPA\\_DisFact\\_web\\_sp-1.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/741_filename_UNFPA_DisFact_web_sp-1.pdf)
10. UNHCHR. *The Right to Health: Fact Sheet* No 31. 2008. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.
11. OMS. *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. 1946. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
12. OMS, UNFPA, HCR. *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés*. Chapitre 4 : « Santé reproductive des adolescents, » 2009.
13. Women's Refugee Commission. *Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: Resource Kit for Fieldworkers*. Women's Refugee Commission, 2008. [http://www.womenscommission.org/pdf/disab\\_res\\_kit.pdf](http://www.womenscommission.org/pdf/disab_res_kit.pdf).

## Tableau : Réponse aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents

Le tableau suivant est destiné à donner un aperçu des principales actions à entreprendre pour répondre aux besoins en SSRA en situations d'urgence. Les actions pour chaque fonction et secteur sont organisées en trois catégories :

- Préparation aux situations d'urgence
- Réponse minimale
- Réponse complète

En situations hors crise, des actions de **Préparation aux situations d'urgence** peuvent être prises. Ces interventions peuvent faciliter la mise en œuvre rapide de la réponse minimale au beau milieu d'une crise. Les points suggérés dans la colonne de gauche du tableau résumant les principales actions recommandées pour se préparer aux situations d'urgence. Les actions figurant **en orange et en gras** sont considérées comme étant les *règles minimales* et doivent être prioritaires si les ressources et le temps sont limités.

La colonne du milieu correspond aux actions initiales à prendre au plus fort de l'urgence. Ces actions s'inscrivent dans le cadre de la **Réponse minimale** donnent un aperçu des mesures prioritaires. Pour certaines actions exigeant plus de conseils, des liens pointant vers l'utilisation de ressources et outils suggérés du dispositif SSRA en situations de crise sont inclus. Les actions figurant en **orange et en gras** sont considérées comme étant les **règles minimales** et doivent être prioritaires si les ressources et le temps sont limités.

Lorsque la crise entre dans une phase plus stable, la colonne de droite suggère les actions à prendre pour assurer la **Réponse complète** aux besoins en termes de SSRA. Les détails quant à leur mise en œuvre comprennent également des liens vers des ressources et outils suggérés de ce dispositif pour certaines étapes.

## Réponse aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents en situation de crise humanitaire

Fonctions & Secteurs	Préparation aux situations d'urgence	Réponse minimale (à prendre au plus fort d'une urgence)	Réponse complète (à prendre une fois la situation stabilisée)
<b>Coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Déterminer les mécanisme de coordination et les responsabilités</b></li> <li>▪ <b>Intégrer la SSRA aux plans de préparation et d'urgence</b></li> <li>▪ Dresser la liste des acteurs de la SSRA</li> <li>▪ Identifier les organisations dédiées aux adolescents, celles dirigées par les adolescents ainsi que les points focaux</li> <li>▪ Créer des liens de référence entre les organisations dédiées aux adolescents et les services extérieurs (santé r, santé mentale et aide psychosociale, moyens de subsistance, éducation etc.)</li> <li>▪ Engager des discussions et une planification en matière de stratégie avec les donateurs en matière d'aide humanitaire, les entités gouvernementales, les ONG et les organisations issues de la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Se concerter avec le Cluster Santé pour garantir l'accès aux services de SSRA par les adolescents lors de la mise en oeuvre du DMU</b> (Fiche d'information sur la coordination du DMU)</li> <li>▪ <b>Identifier les adolescents les plus à risque et garantir leur accès aux services de santé reproductive</b> (Fiche d'information sur la coordination du DMU)</li> <li>▪ Utiliser les approches multi-sectorielles pour identifier les besoins en SSRA (Fiche d'information sur la coordination du DMU, Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> <li>▪ S'assurer que des services / programmes de nutrition et d'alimentation adéquats sont à la disposition des adolescents</li> <li>▪ Engager dès que possible les parents et les communautés dans la SSRA si approprié (Outil de participation des parents et des communautés)</li> <li>▪ Engager les adolescents dans l'élaboration, la prestation et le suivi des services de santé sexuelle et reproductive (Outil de participation des adolescents, Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> <li>▪ Impliquer les organisations dédiées aux adolescents, celles dirigées par les adolescents, les donateurs en matière d'aide humanitaire, les entités gouvernementales, les ONG et les organisations issues de la communauté ; mettre à profit leurs services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer qu'une importance égale est accordée à la SSRA lors de la mise en place des services de santé reproductive complets (Fiches d'information du DMU, Outils de distribution à base communautaire, Outils pour établissements)</li> <li>• Grâce aux approches multi-sectorielles, identifier et répondre aux besoins en SSRA des adolescents. (Fiche d'information sur la coordination du DMU)</li> <li>• Engager les parents et les communautés dans la SSRA (Outils de participation des parents et des communautés)</li> <li>• Travailler en étroite collaboration avec les adolescents pour s'assurer que les services sont accessibles, satisfaisants et adaptés à tous les adolescents, y compris les catégories à risque. (Outil de participation des adolescents, Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> <li>• Poursuivre l'engagement des entités gouvernementales dans la SSRA pour garantir un leadership et une appropriation au niveau national (Fiche d'information sur la coordination du DMU)</li> </ul>

Suite ►

Réponse aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents en situation de crise humanitaire			
<p><b>Évaluation et suivi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Soutenir l'intégration des questions liées à la SSRA dans les outils d'évaluation rapide</b></li> <li>• Identifier les adolescents à risque et discuter des méthodes permettant de réduire les menaces qu'ils doivent affronter.</li> <li>• Réviser les lois et politiques nationales relatives à la SSRA</li> <li>• Dresser une liste des organisations dédiées aux adolescents et leurs stratégies pour répondre à la SSRA</li> <li>• Soutenir la collecte et l'enregistrement des données par âge et par sexe dans les cliniques et établissements de santé</li> <li>• Analyser les leçons apprises, les règles de bonne pratique et les défis posés par la SSRA au cours des précédentes situations d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Identifier les catégories d'adolescents les plus à risque</b> (Fiches d'information du DMU, Outils d'évaluation et de participation des adolescents)</li> <li>• <b>Soutenir l'intégration des questions liées à la SSRA et des questions démographiques relatives aux adolescents dans les évaluations initiales rapides</b> (Evaluation initiale rapide)</li> <li>• S'assurer que des données liées à la SSRA par âge et par sexe sont collectées et enregistrées auprès de toutes les cliniques et établissements de santé (Formulaire de rapport mensuel de la SSRA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mener une analyse de la situation en matière de SSRA (Outil d'analyse de la situation)</li> <li>• Inclure les questions spécifiques à la SSRA à l'évaluation des besoins complets en santé reproductive (Outil d'évaluation complète de la santé reproductive)</li> <li>• Collecter et enregistrer régulièrement les données liées à la SSRA par âge et par sexe auprès des cliniques et établissements de santé de même que des programmes à base communautaire (Formulaire de rapport mensuel de la SSRA, Outils de distribution à base communautaire)</li> <li>• Etablir des mécanismes de retour d'information et s'assurer que les adolescents sont impliqués dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de SSRA (Outil de participation des adolescents)</li> <li>• Analyser et partager les leçons apprises, les règles de bonne pratique et les défis (Outils de partage des leçons apprises)</li> </ul>
<p><b>Services de SSRA en établissement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Former le personnel de santé à une réponse rapide en termes de SSRA et au travail avec les adolescents à risque.</b></li> <li>• Dresser une liste des services et prestataires de SSRA en établissement</li> <li>• Identifier les ressources disponibles pour la formation des services de santé adaptés aux adolescents</li> <li>• Garantir que les directives et protocoles opérationnels des services adaptés aux adolescents incluent la SSRA en situations d'urgence</li> <li>• Soutenir la collecte et l'enregistrement des données par âge et par sexe dans les cliniques et établissements de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Garantir des services de santé adaptés aux adolescents au cours de la mise en œuvre du DMU</b> (Fiches d'information et tableau du DMU)</li> <li>• <b>Garantir que les adolescents ont accès au traitement ARV si nécessaire</b> (Tableau du DMU, Fiche d'information du VIH)</li> <li>• Garantir que des protocoles normalisés abordent la SSRA (Fiche d'information sur la coordination du DMU)</li> <li>• Etablir des services d'aide psychosociale et de santé mentale pour les adolescents (Fiche d'information pour l'aide psychosociale et la santé mentale, Checklist des services de santé reproductive adaptés aux adolescents)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les prestataires de services à fournir des services adaptés aux adolescents (Checklist des services de santé reproductive adaptés aux adolescents)</li> <li>• Evaluer les adolescents se présentant au centre de santé reproductive, de protection ou une aide psychosociale (Outils d'évaluation HEADSSS)</li> <li>• S'assurer que les adolescents ont accès à des services de SSRA complets (Fiches d'information, Checklist des services de santé adaptés aux adolescents)</li> </ul>

Réponse aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents en situation de crise humanitaire			
<p><b>Services de SSRA à base communautaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Identifier les lieux où les adolescents reçoivent des services de SSRA (à l'extérieur des établissements de santé)</b></li> <li>▪ Identifier les points d'entrée pour discuter de la SSRA au sein de la communauté</li> <li>▪ Impliquer les chefs des communautés, les parents et autres adultes dans la SSRA en situations d'urgence</li> <li>▪ Déterminer les pratiques en matière d'hygiène féminine et fournir les ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Etablir des points de distribution de préservatifs adaptés aux adolescents</b> (Tableau du DMU, Fiche d'information du VIH, Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> <li>▪ <b>Fournir des protections hygiéniques aux jeunes filles</b> (Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> <li>▪ Etablir ou se mettre en relation avec des centres de ressources et de traitement particuliers pour les adolescents à risque (Fiche d'information sur la santé de la mère et du nouveau-né, Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> <li>▪ Etablir ou identifier des lieux sûrs pour les adolescents si approprié.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etablir des systèmes de distribution à base communautaire (DBC) de préservatifs ainsi que des méthodes de planning familial (PF) pour les adolescents (Outils de distribution à base communautaire)</li> <li>▪ Evaluer les adolescents au niveau de la communauté qui connaissent des problèmes psychosociaux, de santé sexuelle et reproductive et de protection (Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> <li>▪ Mettre en place un système d'éducation par des pairs afin de partager des informations sur la SSRA</li> <li>▪ Impliquer des garçons pour éradiquer des comportements liés au genre (Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> </ul>
<p><b>Protection et droits de l'homme</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Réviser ou établir un code de conduite sur l'EAS et former les acteurs de l'aide humanitaire à l'échelle locale et internationale</b></li> <li>▪ S'assurer que le mécanisme de gestion des plaintes en matière d'EAS est adapté aux adolescents</li> <li>▪ Réviser les lois, politiques et cadres nationaux garantissant l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive</li> <li>▪ Former le personnel responsable de l'application des lois à la protection des adolescents en situations d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>S'assurer que tous les acteurs sont informés des droits des adolescents</b> (Convention des droits de l'homme et de l'enfant)</li> <li>▪ <b>Appliquer à la lettre une politique de tolérance zéro en matière d'EAS</b> (Convention des droits de l'homme et de l'enfant, Fiche d'information du DMU sur les VBG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer que les adolescents sont inclus à des programmes complets de VBG (Fiche d'information du DMU sur les VBG, Outil de participation des adolescents)</li> <li>▪ Garantir que des données par âge et par sexe sont incluses aux mécanismes de rapport pour ce qui est des droits de l'homme et de la protection</li> <li>▪ S'assurer que tous les acteurs sont informés des droits des adolescents (Convention des droits de l'homme et de l'enfant)</li> <li>▪ Appliquer à la lettre une politique de tolérance zéro en matière d'EAS (Convention des droits de l'homme et de l'enfant, Fiche d'information du DMU sur les VBG)</li> <li>▪ S'assurer que les adolescents savent comment accéder au mécanisme de plaintes en cas d'EAS</li> </ul>

Réponse aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents en situation de crise humanitaire			
<b>Information, Education, Communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Planifier une stratégie de communication pour toucher les adolescents dès l'apparition d'une situation d'urgence</b></li> <li>▪ Revoir, adapter et développer des outils d'information, d'éducation et de communication pour la SSRA en situations d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fournir des informations aux adolescents sur les services de santé reproductive disponibles et sur les lieux où ils peuvent y accéder</b> (Tableau DMU, Fiches d'information)</li> <li>▪ S'assurer que les adolescents ont accès à des informations sur la santé sexuelle et reproductive adaptées aux adolescents (Outils de distribution à base communautaire, Outil des services de santé adaptés aux adolescents)</li> <li>▪ Garantir l'accès à l'éducation, à la fois formelle et non formelle (Fiche d'information sur la coordination du DMU, Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'assurer que l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que sur le VIH est incluse au programme scolaire (Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> <li>▪ Inclure l'éducation sur la puberté pour les plus jeunes adolescents (10-14 ans) (Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> <li>▪ Faire le lien avec les formations et programmes d'études sur le savoir-être lié au VIH (Fiche d'information du DMU sur le VIH, Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes destinés aux adolescents)</li> <li>▪ Susciter la demande des adolescents et un soutien de la communauté en matière de prestation de services de santé (Outils de distribution à base communautaire)</li> </ul>

# Mise en oeuvre du Dispositif Minimum d'Urgence

incluant



## les adolescents

pour la santé reproductive en situations  
de crise humanitaire

**Qu'est-ce que le DMU ?** Au cours de la phase aiguë d'une urgence, l'accent est mis sur les interventions de secours, telles que l'approvisionnement en eau et la mise en place d'installations sanitaires, le contrôle des maladies transmissibles, le traitement des blessures et la garantie d'une alimentation correcte. Les interventions en matière de santé reproductive sauvent également des vies et sont extrêmement importantes à tout moment y compris en situations de crise. Si aucune attention particulière n'est portée aux interventions en matière de santé reproductive, elles peuvent toutefois être ignorées ou retardées en situation d'urgence.

Le **Dispositif Minimum d'Urgence (DMU)** en santé reproductive est une série d'interventions prioritaires destinées à « réduire la mortalité, la morbidité, l'infirmité et l'invalidité chez les populations touchées par une crise, tout particulièrement chez les femmes et les jeunes filles. »<sup>10</sup> Le DMU comporte des directives sur la fourniture de services coordonnés en santé reproductive au cours de la phase initiale d'une urgence (catastrophe d'origine naturelle ou provoquée par l'homme) et des conseils sur la planification de services en santé reproductive complets, une fois la situation stabilisée. La mise en œuvre du DMU a été incluse au Manuel SPHERE comme norme en *matière de soins en réponse à une catastrophe*.<sup>11</sup>

Le DMU présente cinq objectifs :

- assurer la coordination de la santé sexuelle et reproductive ;
- prévenir et gérer les conséquences de violences sexuelles ;
- prévenir la morbidité et la mortalité néonatales et maternelles ;
- réduire la transmission du VIH ;
- programmer la mise en place des services de santé sexuelle et reproductive complets.

Le DMU explique non seulement comment établir des services contribuant à la réalisation de chacun de ces objectifs mais également comment calculer les besoins en fournitures en matière de santé sexuelle et reproductive et comment se procurer des kits de santé reproductive d'urgence interorganisations qui contiennent les fournitures nécessaires à la prestation des services de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire.

## NOTE SUR LA SENSIBILITÉ CULTURELLE :

En situation d'urgence, les agences chargées de la mise en œuvre peuvent être tentées de se lancer rapidement dans l'introduction de programmes sans tenir compte du contexte culturel local. Alors que le DMU se focalise sur les *interventions de secours* et doit être mis en œuvre sans tarder, il est important de garder à l'esprit le contexte culturel, tout particulièrement lors de la mise en place de la SSRA qui constitue un point sensible chez certaines cultures.

Les directeurs de programmes et leur personnel doivent connaître les croyances locales et les coutumes liées à la sexualité ainsi qu'à la santé reproductive et sexuelle des adolescents lors de l'introduction d'interventions dans ce domaine. Promouvoir le dialogue et impliquer la communauté, les parents et les adolescents dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de la SSRA n'amélioreront pas seulement la qualité mais contribueront également à s'assurer que des points sensibles, tels que la VBG, le PF, la grossesse précoce et le VIH, sont abordés d'un point de vue culturellement acceptable dans le contexte local.

***L'introduction d'interventions de secours ne doit jamais être retardée mais la sensibilité culturelle est un point essentiel de l'acceptation et de la compréhension par la communauté des programmes et services de la SSRA.***

### Comment le DMU répond-il à la SSRA ?

Le DMU est une directive relative aux interventions prioritaires en santé reproductive en situations d'urgence et n'indique pas particulièrement comment inclure la santé reproductive des adolescents dans les services. Les agences doivent cependant prendre des mesures pour s'assurer que les besoins en santé sexuelle et reproductive des adolescents sont satisfaits au cours de la mise en œuvre du DMU.

Chacune des composantes du DMU est décrite plus en détail dans le tableau traitant du DMU et les fiches d'information indiquées plus loin dans ce document. Le tableau et les fiches d'information donnent des exemples sur la façon d'identifier et de répondre aux besoins en santé sexuelle et reproductive des adolescents au sein de la communauté.<sup>12</sup> De plus amples informations sur le DMU sont disponibles dans le *Module d'apprentissage à distance - Dispositif Minimum d'Urgence (DMU)* à l'adresse suivante <http://misp.rhrc.org>.

### Tableau récapitulatif des services du DMU

Le tableau suivant donne un aperçu des services de santé sexuelle et reproductive fournis par l'intermédiaire du DMU et les mesures à prendre lors de la planification de services de santé sexuelle et reproductive complets. Ce tableau est une adaptation du tableau présent au Chapitre 2 de l'IAFM. Le texte figurant en noir est tiré directement du tableau

présent dans le chapitre consacré au DMU. Le texte figurant **en orange et en gras** montre les interventions qui peuvent être incluses pour fournir des services de santé reproductive également adaptés aux adolescents au cours de la mise en œuvre du DMU ainsi que lors de la planification de services de santé reproductive complets.

Ce tableau est destiné à aider l'agent chargé de la santé reproductive désigné par l'agence responsable de la santé reproductive et le secteur de la santé à soutenir la prise en compte des adolescents dans les réunions de coordination de la santé reproductive et à s'assurer que les adolescents sont inclus dans les interventions du DMU. Par ailleurs, le tableau peut aider les directeurs des programmes à s'assurer que les interventions dans le cadre de leur programme sont aussi adaptées aux adolescents lors de la mise en œuvre du DMU et lors de la planification de services de santé sexuelle et reproductive complets.

### Fiches d'information du DMU

Les fiches d'information incluses à la présente section sont destinées à accompagner le tableau récapitulatif des services du DMU. Elles donnent plus de détails sur les services clés de la SSRA à apporter pour garantir une mise en œuvre du DMU prenant en compte les adolescents et donnent un bref résumé des facteurs de la SSRA à considérer dans le cadre de la planification de services de santé sexuelle et reproductive complets.

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. OMS, UNFPA, HCR. *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés*. Chapitre 2, « Dispositif minimum d'urgence en santé reproductive, » 2009.
2. Commission des femmes pour les réfugiés. *Dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive en situations de crise - Module d'apprentissage à distance du DMU* <http://misp.rhrc.org>.



**Tableau récapitulatif des services du DMU incluant les adolescents**

Secteur	MISP SRH Services	Planification de services de santé sexuelle et reproductive complets
<p><b>Planning familial (PF)</b></p>	<p>S'approvisionner et se procurer des contraceptifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Bien que le planning familial complet ne fasse pas partie du DMU, il convient de mettre à disposition des contraceptifs pour répondre à toute demande.</i></li> <li>▪ <i>Le personnel de santé doit savoir que les adolescents exigeant des contraceptifs sont en droit de recevoir ces services, quel que soit leur âge ou leur situation familiale</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer la formation du personnel</li> <li>▪ Etablir un programme de planning familial complet</li> <li>▪ Assurer l'éducation de la communauté</li> <li>▪ <b>S'assurer qu'un large éventail de méthodes gratuites de planning familial est disponible</b></li> <li>▪ <b>Assurer l'information, l'éducation et la communication auprès des adolescents de la communauté</b></li> <li>▪ <b>Impliquer les adolescents, les parents et les chefs de communauté dans le développement de la stratégie d'information, d'éducation et de communication en matière de PF auprès de la communauté</b></li> <li>▪ <b>Former le personnel à la prestation de services de PF adaptés aux adolescents</b></li> <li>▪ <b>Former des adolescents à la distribution des pilules contraceptives orales et des préservatifs, à l'éducation sur le PF et à l'orientation vers les centres de santé dans le cadre de la distribution à base communautaire.</b></li> <li>▪ <b>Promouvoir l'usage d'une protection double (prévention de la grossesse et prévention des IST dont le VIH)</b></li> </ul>
<p><b>Violence basée sur le genre (VBG)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordonner et garantir la prévention des violences sexuelles par le secteur de la santé</li> <li>▪ Prodiguer des soins cliniques aux victimes de violence sexuelle</li> <li>▪ <b>Prodiguer des soins adaptés aux adolescents victimes de violence sexuelle dans les établissements de santé</b></li> <li>▪ <b>Avec l'aide du secteur de la protection et du sous-secteur de la VBG, identifier un réseau de référence multisectoriel pour les jeunes victimes de VBG</b></li> <li>▪ <b>Encourager la participation des adolescents à tout groupe de travail multisectoriel chargé de la prévention des VBG</b></li> <li>▪ <b>Par le biais des adolescents, informer la communauté du problème de la violence sexuelle, des stratégies de prévention et des soins disponibles pour les victimes</b></li> <li>▪ <b>Engager des accoucheuses traditionnelles et des agents de santé communautaires pour faire le lien entre les jeunes victimes de violence sexuelle et les services de santé</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer des soins médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques pour les victimes</li> <li>▪ Prévenir et aborder d'autres formes de VBG, y compris la violence domestique, le mariage précoce/forcé, l'excision, le trafic d'êtres humains, etc.</li> <li>▪ Assurer l'éducation de la communauté</li> <li>▪ <b>Impliquer les adolescents chefs de file, les parents et les chefs de communauté dans le développement des stratégies de prévention des VBG au sein de la communauté</b></li> <li>▪ <b>Impliquer les jeunes dans l'éducation de la communauté sur la prévention des VBG</b></li> <li>▪ <b>Informar la communauté du problème des VBG, des stratégies de prévention et de l'aide mise à la disposition des victimes</b></li> <li>▪ <b>Sensibiliser les hommes en uniforme aux VBG et à leurs conséquences</b></li> <li>▪ <b>Etablir des groupes de soutien formés par des pairs</b></li> </ul>

Suite ►

Tableau récapitulatif des services du DMU incluant les adolescents		
Secteur	MISP SRH Services	Planification de services de santé sexuelle et reproductive complets
<b>Soins de la mère et du nouveau-né</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etablir un système de référence opérationnel 24 heures 24, 7 jours sur 7 pour les urgences obstétricales</li> <li>▪ Fournir des kits d'accouchement pour les sages-femmes, y compris du matériel de réanimation pour les nouveau-nés</li> <li>▪ Fournir des kits d'accouchement hygiénique</li> <li>▪ <b>Fournir des services adaptés aux adolescents dans les établissements de santé</b></li> <li>▪ <b>S'organiser avec le secteur de la santé et les autres secteurs pour identifier les adolescentes enceintes au sein de la communauté et les mettre en relation avec les services de santé</b></li> <li>▪ <b>Engager des accoucheuses traditionnelles et des agents de santé communautaires pour assurer le lien entre les jeunes mères et les services de santé</b></li> <li>▪ <b>Encourager l'accouchement en établissement pour toutes les mères adolescentes</b></li> <li>▪ <b>S'assurer que les adolescents ont accès aux services d'avortement sans risques si la loi l'autorise</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournir des soins prénatals</li> <li>▪ Fournir des soins néonataux</li> <li>▪ Former les accoucheuses qualifiées (sages-femmes, infirmières et docteurs) à la réalisation de soins obstétriques d'urgence et à la prise en charge du nouveau-né (EmONC)</li> <li>▪ Accès plus large aux EmONC de base et à des EmONC complets</li> <li>▪ <b>Sensibiliser la communauté aux risques posés par une maternité précoce et à l'importance d'un accouchement réalisé en établissement par une accoucheuse qualifiée</b></li> <li>▪ <b>Intégrer les services de santé mentale et d'aide psychosociale au profit des mères adolescentes</b></li> </ul>
<b>Prévention et traitement des IST dont le VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permettre l'accès gratuit aux préservatifs</li> <li>▪ Garantir le respect des précautions standard</li> <li>▪ Assurer des transfusions sanguines rationnelles et en toute sécurité</li> <li>▪ Bien que les programmes de prévention complets des IST ne fassent pas partie du MISP, il est important de mettre à la disposition des patients réclamant des soins un traitement syndromique dans le cadre des services cliniques standard</li> <li>▪ Bien que la poursuite d'un traitement par antirétroviraux ne fasse pas partie du DMU, il est important de mettre ce traitement à la disposition des patients prenant déjà des antirétroviraux y compris pour prévenir dès que possible la transmission mère-enfant.</li> <li>▪ <b>Permettre aux adolescents d'accéder gratuitement et discrètement à des préservatifs aux points de distribution qu'ils fréquentent.</b></li> <li>▪ <b>S'assurer que des services de santé adaptés aux adolescents sont disponibles pour ces derniers se présentant aux établissements avec des symptômes d'IST</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etablir des services de prévention et de traitement complets des IST, y compris des systèmes de surveillance des IST.</li> <li>▪ Collaborer le cas échéant à l'établissement de services de prévention et de traitement complets du VIH</li> <li>▪ Fournir des soins, une aide et un traitement aux personnes vivant avec le VIH</li> <li>▪ Informer sur les services de prévention, de soins et de traitement des IST dont le VIH</li> <li>▪ <b>Informer les adolescents des services de prévention et de traitement des IST dont le VIH</b></li> <li>▪ <b>Former le personnel à fournir des services de prévention et de traitement des IST et du VIH adaptés aux adolescents</b></li> <li>▪ <b>Former les adolescents à la distribution de préservatifs, à l'éducation sur les services de prévention, de dépistage et de traitement des IST / du VIH disponibles et à l'orientation vers ces services dans le cadre de la distribution à base communautaire.</b></li> <li>▪ Etablir des programmes, y compris une éducation par des pairs, à destination des adolescents les plus exposés au VIH</li> </ul>

# DMU : coordination de la santé sexuelle et reproductive des adolescents – fiche d'information

La mise en œuvre du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) pour la santé reproductive en situations de crise exige une coordination des acteurs de l'aide humanitaire au niveau local, régional, national et international. Une coordination efficace contribuera à garantir une utilisation efficace des ressources, une distribution égale des services sans lacunes ni doublons et un partage de l'information entre tous les acteurs impliqués.

Certains éléments-clés de la coordination et des exemples de leur application pour garantir la prise en charge des adolescents dans la mise en œuvre du DMU sont listés ci-dessous.

## Coordinateur au niveau du secteur :

la coordination des activités de santé reproductive au cours de la phase aiguë d'une urgence incombe au Cluster Santé (Health Cluster) ainsi qu'à l'Agence responsable de la santé reproductive désignée par le Cluster Santé. L'Agence responsable de la santé reproductive nomme un agent chargé de la santé reproductive à temps complet pour une période minimum

de trois mois au cours de laquelle il apporte un soutien sur le plan technique et opérationnel aux partenaires pour s'assurer que la santé reproductive est mise en avant et que les services du DMU sont bien mis en place. L'agent chargé de la santé reproductive supervise la mise en œuvre du DMU et assure la liaison avec les représentants et les acteurs de la santé reproductive sur le terrain.

Les activités-clés de coordination à prendre au cours de la mise en œuvre du DMU sont décrites brièvement dans les *Termes de Référence* de l'agent chargé de la santé reproductive. Ce tableau est une adaptation du tableau présent au Chapitre 2 de l'IAFM. Le texte figurant en noir est tiré directement du tableau présent au Chapitre 2 et le texte figurant en **orange et en gras** met l'accent sur l'ajout d'autres responsabilités pour que les interventions du DMU et la planification des services de santé reproductive complets soient mieux orientées vers les adolescents. Alors que ces interventions en matière de SSRA devraient être intégrées théoriquement aux responsabilités courantes de l'agent chargé de la santé reproductive, elles ont été listées ici séparément afin de les faire ressortir.

## Agence responsable : Termes de référence de l'agent chargé de la santé reproductive

### Coordonner, communiquer et collaborer :

- Travailler en étroite collaboration avec le(s) coordinateur(s) du secteur de la santé de même que participer activement et fournir des informations aux réunions du secteur de la santé ;
- Organiser des réunions régulières entre les acteurs de la santé reproductive aux niveaux concernés (national, régional, local) pour discuter des problèmes, les résoudre, définir les stratégies et assurer la coordination afin que le DMU soit mis en œuvre.
- Garantir une communication régulière entre tous les niveaux et s'assurer que les conclusions, problèmes et activités clés sont rapportés à la coordination générale de la santé afin d'identifier les synergies et éviter les efforts en double et les structures parallèles ;
- Assurer la liaison avec d'autres secteurs (Protection, VBG, VIH/SIDA) abordant la santé reproductive ;
- Se procurer des documents de référence / ressources et des fournitures pour mettre en œuvre le DMU ;
- Fournir des directives techniques et opérationnelles sur la mise en œuvre du DMU et donner des cours sur le MISP à des public ciblés et variés au moment et dans les lieux où cette action est réalisable (par exemple, auprès des prestataires de services, des agents de santé communautaires, du personnel chargé du programme et de la population bénéficiaire, y compris des adolescents) ;
- Informer le(s) responsable(s) du secteur de la santé des problèmes exigeant une réponse (EG, politique ou autres obstacles qui limitent l'accès de la population aux services du DMU) ;
- Diffuser le résumé du DMU aux acteurs principaux
- Obtenir le financement de la santé reproductive au sein du secteur de la santé par des plans d'aide humanitaire et des appels de fonds.

Agence responsable : Termes de référence de l'agent chargé de la santé reproductive	
<p><b>Coordonner, communiquer et collaborer : (suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Défendre la santé reproductive des adolescents au cours de la mise en œuvre du DMU ;</b></li> <li>▪ <b>Identifier les adolescents les plus vulnérables par une collaboration multisectorielle et s'assurer qu'ils sont en mesure d'accéder aux services de santé reproductive ;</b></li> <li>▪ <b>Informers les adolescents sur les services de santé reproductive disponibles et les lieux où ils sont accessibles ;</b></li> <li>▪ <b>Engager les entités gouvernementales dans la SSRA pour garantir un leadership et une appropriation au niveau national ;</b></li> <li>▪ <b>Au cours de la planification des services de santé reproductive complets :</b></li> <li>▪ <b>Poursuivre les approches multisectorielles en matière de santé reproductive afin de garantir que les besoins des adolescents sont identifiés et satisfaits :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Collaborer avec d'autres acteurs (agences, MdS) pour garantir la réponse aux besoins des adolescents en matière de santé reproductive sans dupliquer les services ;</b></li> <li>▪ <b>Poursuivre l'engagement des entités gouvernementales dans la SSRA pour garantir un leadership et une appropriation au niveau national ;</b></li> <li>▪ <b>Se concerter avec les responsables des services en uniforme (politique, militaires) sur l'établissement et l'application d'une politique de tolérance zéro en matière de VBG</b></li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Identifier, apprendre et comprendre :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les politiques, les réglementations et le droit coutumier au niveau national et du pays hôte qui soutiennent les activités du DMU ;</li> <li>▪ Les politiques, les réglementations et le droit coutumier au niveau national et du pays hôte qui freinent et limitent l'accès de la population touchée aux services du DMU ;</li> <li>▪ Les protocoles normalisés du MdS dans des domaines précis (tels que la prise en charge clinique du viol et le traitement des urgences obstétricales et, en cas de planification de services de santé reproductive complets, le traitement syndromique des IST et le planning familial). Si aucune politique n'existe au niveau du MdS, se reporter aux protocoles de l'OMS et les appliquer ;</li> <li>▪ <b>Revoir et mettre à jour les protocoles de santé reproductive normalisés pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins des adolescents.</b></li> </ul>
<p><b>Obtenir des informations démographiques et sanitaires de base :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Travailler au sein du secteur de la santé pour garantir la collecte ou l'estimation d'informations démographiques et sanitaires de base sur la population touchée y compris :             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la population totale ;</li> <li>▪ le nombre de femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans, estimé à 25 pour cent de la population) ;</li> <li>▪ le nombre d'hommes sexuellement actifs (estimé à 20 pour cent de la population) ;</li> <li>▪ le taux brut de natalité (estimé à 4 pour cent de la population) ;</li> <li>▪ le taux de mortalité par âge (y compris le taux de mortalité néonatale - nouveau-nés décédés entre la naissance et le 28ème jour de vie) ;</li> </ul> </li> <li>▪ Utiliser la checklist du DMU pour assurer le suivi des services. Travailler au sein de la structure de coordination générale de la santé pour collecter les informations sur la fourniture des services, analyser les résultats et répondre aux manques identifiés dans la fourniture des services ;</li> <li>▪ <b>Intégrer des indicateurs qui capturent les données démographiques des adolescents ainsi que celles relatives à l'utilisation des services de santé reproductive ;</b></li> <li>▪ <b>Au cours de la planification des services de santé reproductive complets :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Suivre, analyser et dresser chaque mois un rapport sur les services de santé reproductive destinés aux adolescents à l'aide des indicateurs normalisés.</b></li> </ul> </li> </ul>

Les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive dont la mise en œuvre du DMU doivent faire l'objet de discussions au sein du Cluster Santé (ou du secteur de la santé pour les cas où le Cluster n'est pas activé). Ces discussions permettent de coordonner les activités entre les ONG, les agences des Nations Unies et les autorités nationales et de garantir la couverture des services sans lacunes ni doublons. Tout le personnel de santé reproductive doit soutenir l'intégration des adolescents pendant la mise en œuvre du DMU.

### EXEMPLE DE SSRA : COORDINATION AU NIVEAU DU SECTEUR

Suite à une intensification des combats dans la région, on assiste à une arrivée massive de personnes déplacées dans un camp où votre agence fournit des services de santé. Votre agence a été désignée par le Cluster Santé pour diriger la coordination de la santé reproductive dans le cadre de la mise en œuvre du DMU et vous êtes nommé au poste d'agent chargé du programme de santé reproductive. Vous êtes informé de la présence d'un grand nombre d'adolescents non accompagnés parmi les nouveaux arrivants. Sachant que ces adolescents sont fortement exposés aux problèmes sociaux et de santé reproductive, vous soutenez auprès des secteurs de la protection et de la santé la désignation d'acteurs chargés de répondre aux besoins des adolescents les plus exposés au sein du camp.

### Approches multisectorielles en matière de santé sexuelle et reproductive :

les approches multisectorielles en matière de santé sexuelle et reproductive, impliquant les services de santé, de protection, de santé mentale et d'aide psychosociale, les services communautaires, la gestion des camps et l'éducation, favorisent la coordination et augmentent les chances des adolescents vulnérables d'accéder aux informations et services de santé reproductive. Les questions de santé sexuelle et reproductive (y compris des adolescents) font l'objet de discussions lors de réunions de coordination multisectorielles afin que des approches intégrées puissent être identifiées pour résoudre les problèmes.

### EXEMPLE DE SSRA : APPROCHES MULTISECTORIELLES EN MATIÈRE DE SANTÉ REPRODUCTIVE ET SEXUELLE

Suite à de récentes élections, on assiste à une vague d'émeutes et à un déplacement massif de la population. Il est rapporté que de nombreuses jeunes filles ont été violées au cours de violentes rébellions qui ont balayé les villages. Un groupe de travail multisectoriel sur les VBG est formé qui se compose d'adolescents et de représentants issus de divers secteurs. Le groupe de travail développe des stratégies visant à garantir que des services de santé adaptés aux adolescents sont en place pour les victimes de violence sexuelle et établit un réseau de référence intersectoriel pour les victimes. Le groupe travaille avec chaque secteur pour identifier les adolescents vulnérables et garantir que ces derniers sont informés des services de santé reproductive disponibles. Le groupe évalue également les mesures de prévention afin de s'assurer qu'elles protègent correctement les adolescents les plus exposés.

### Orientation sur le DMU :

des séances d'orientation auprès de publics ciblés doivent être menées pour introduire le DMU auprès des acteurs en question, dont les agents de santé, la population bénéficiaire, le personnel de service au sein de la communauté et le personnel en uniforme.

### EXEMPLE DE SSRA : ORIENTATION SUR LE DMU

Des séances d'orientation sur le DMU sont organisées dans les clubs d'adolescents, dans les écoles et d'autres lieux où les adolescents se rassemblent afin de les informer sur les services de SSRA fournis, les lieux où ces derniers sont accessibles et le mode d'accès. Ces séances prévoient également une tribune à laquelle ils peuvent participer et éduquer d'autres adolescents sur les services disponibles par l'intermédiaire du DMU. Cette tribune permet de les informer sur la présence d'éventuels sites destinés aux adolescents où des préservatifs sont distribués gratuitement.

## Utilisation de protocoles de santé reproductive normalisés :

pour promouvoir la fourniture de services de qualité, des protocoles de santé reproductive normalisés doivent être utilisés (des protocoles du MdS ou en leur absence, des protocoles de l'OMS) et révisés pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents. Les protocoles normalisés du DMU peuvent inclure (1) des services cliniques adaptés aux adolescents, (2) la prise en charge clinique des victimes de violence sexuelle, (3) le traitement et l'orientation des patients vers les soins obstétricaux d'urgence, (4) les précautions standard<sup>13</sup> et (5) la distribution de préservatifs. Lorsque la situation se stabilise, les directeurs des programmes doivent également revoir les protocoles normalisés complets afin de vérifier s'ils répondent aux besoins spécifiques des adolescents et s'ils reflètent le droit à l'accès aux informations et services de santé reproductive pour les adolescents.

### EXEMPLE DE SSRA : UTILISATION DE PROTOCOLES DE SANTÉ REPRODUCTIVE NORMALISÉS

Une fois la phase aiguë stabilisée, la directrice du programme de santé reproductive revisite les protocoles de planning familial au sein d'un établissement de santé et remarque que ces protocoles stipulent que des services de PF seront disponibles pour toutes les femmes mariées du lundi au vendredi de 8 heures à midi. Elle réalise que cela exclut non seulement les adolescents non mariés mais également ceux qui vont à l'école. A l'issue d'une concertation avec le directeur de la clinique et le personnel de santé reproductive, ces protocoles sont modifiés et stipulent que les services de PF sont disponibles aux heures d'ouverture de la clinique pour tous les hommes et les femmes, quelle que soit leur situation familiale.

## Suivi des services du DMU :

les résultats du DMU doivent être suivis à l'aide de la checklist relative à la disponibilité des services du DMU, présente au Chapitre 2 du Manuel de terrain interorganisations. Par ailleurs, la checklist des Services adaptés aux adolescents disponible dans ce document peut être utilisée pour évaluer les établissements de santé.

Pour de plus amples informations sur le DMU, veuillez consulter le chapitre consacré au DMU du Manuel de terrain interorganisations sur la Santé reproductive en situations de réfugiés ainsi que le Module d'apprentissage à distance du Dispositif Minimum d'Urgence disponible à l'adresse suivante [www.misp.rhrc.org](http://www.misp.rhrc.org).

### EXEMPLE DE SSRA : SUIVI DES SERVICES DU DMU

Comme partie de sa réponse d'urgence à un tremblement de terre, une agence assure le suivi des services fournis dans le cadre de la mise en œuvre du DMU. Le directeur du programme constate qu'il manque des informations sur les services de santé reproductive concernant les adolescents et intègre les révisions suivantes aux outils de collecte des données :

- Population totale par âge et par sexe : (moins de 10 ans, 10-14 ans et 15-19 ans)
- Nombre de préservatifs distribués + Nombre de préservatifs distribués dans des lieux adaptés aux adolescents
- Nombre de cas de violence sexuelle rapportés dans tous les secteurs répartis par âge et par sexe (moins de 10 ans ; 10-14 ans ; 15-19 ans ; 20 ans et plus)

# DMU : les adolescents et la violence sexuelle - fiche d'information

## Pourquoi est-il important de tenir compte de la violence sexuelle chez les adolescents en situations d'urgence ?

Au cours de la phase aiguë d'une urgence, une augmentation des cas de violence sexuelle, y compris des cas de viol, d'exploitation et d'abus sexuels, peut survenir. Les adolescents confrontés à la pauvreté ou à la séparation de leurs familles ou communauté, suite à une situation d'urgence, sont exposés aux risques de violence sexuelle. Ils peuvent être contraints d'avoir des rapports en échange de nourriture, de vêtements, de sécurité ou d'autres produits de première nécessité ou peuvent également se prostituer pour gagner de l'argent afin de répondre à leurs besoins ou aux besoins de leurs familles. Les adolescentes, tout particulièrement si elles ne sont pas accompagnées ou si elles ont la charge de leurs plus jeunes frères et sœurs, sont exposées aux risques de viol et d'EAS dans la mesure où elles dépendent des autres pour survivre, où elles disposent d'un pouvoir de décision limité et où elles peuvent difficilement se protéger. Par ailleurs, les jeunes filles peuvent faire l'objet d'un mariage précoce forcé ou bien d'un trafic par leurs familles en raison des difficultés économiques qu'elles rencontrent. Les différences de pouvoir liées à l'âge et au sexe peuvent prendre plus d'importance en situation d'urgence. Malgré le bouleversement social qui survient lors d'une crise, les adolescentes peuvent être tenues de se conformer aux normes culturelles telles que la modestie et la virginité, et en cas de non-respect, elles sont exposées à des risques de violence de la part des hommes de leur foyer ou de leur communauté.

Les adolescentes sont particulièrement vulnérables à la violence sexuelle :

- en situation de conflit, lorsque le viol peut être utilisé comme arme de guerre ;
- en situation de conflit, lorsque les adolescentes peuvent être contraintes de devenir des soldats ou des esclaves sexuels ;
- en cas de déplacement lorsqu'elles quittent leur foyer d'origine ;
- lorsqu'elles vont ramasser du bois ou chercher de l'eau ;
- dans les installations sanitaires non sécurisées ou non protégées ;
- aux mains des forces armées, des soldats de la paix, des agents humanitaires ou des membres de la communauté (ceci inclut à la fois les violences et l'exploitation sexuelles).

Bien que la majorité des victimes de VBG soit des femmes et des jeunes filles, les hommes et les garçons peuvent également faire l'objet de violences sexuelles. Les adolescents marginalisés, tels qu'entre autres les adolescents handicapés, migrants et indigènes, sont également exposés aux risques d'EAS.

## Quelles sont les conséquences de la VBG sur les adolescents ?

Les adolescents victimes de violence sexuelle peuvent souffrir de blessures physiques, d'IST dont le VIH, d'une grossesse non désirée et d'un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité. Outre les blessures physiques, les jeunes victimes de violence sexuelle peuvent souffrir de problèmes psychologiques et voir leur santé mentale affectée. Il est courant de voir des victimes être tenues responsables de la violence qu'elles ont subie ; elles peuvent par conséquent être stigmatisées socialement, être considérées comme « non mariables » et rejetées par leur propre famille. Dans certaines cultures, les victimes de violence sexuelle peuvent être considérées comme ayant déshonoré leur famille et leur communauté. Elles peuvent par conséquent être exposées à des « crimes d'honneur » perpétrés par les membres de leur propre famille.

## Quelles sont les interventions qui doivent être mises en œuvre pour répondre à la VBG chez les adolescents en situations d'urgence ?

Il est très important que les adolescents soient pris en compte et tout particulièrement ciblés par les interventions mises en œuvre dans le cadre du DMU. Les programmes doivent se préoccuper des catégories plus exposées aux risques de violence sexuelle en situation d'urgence : les orphelins, les adolescents isolés, les adolescents à la tête d'un foyer, les adolescents marginalisés et les enfants associés aux forces et groupes armés (CAAFAG).

Au cours de la mise en œuvre du DMU, les interventions du programme de SSRA en faveur de la prévention et de la prise en charge clinique de la violence sexuelle chez les adolescents incluent :

- *Des activités de prévention de base* : des patrouilles pour la collecte du bois et de l'eau, des chemins bien éclairés menant aux latrines et installations sanitaires, une sécurisation et une séparation en fonction du sexe des latrines et des installations sanitaires. Des dispositions doivent être prises pour assurer un sommeil en toute sécurité, tout particulièrement des orphelins et des adolescents isolés. Les centres collectifs [temporaires] doivent être séparés en fonction du sexe et de l'âge.

• Une coordination multisectorielle associée à une participation des adolescents : les efforts de prévention et de réponse à la violence sexuelle doivent être coordonnés entre les différents secteurs de la santé, de la protection, de la gestion des camps, des services communautaires et de la sécurité. Exemples de coordination multisectorielle :

- un groupe de travail sur la prévention des VBG composé de représentants de divers secteurs, de membres de la communauté et d'adolescents est à même d'identifier les points d'entrée permettant d'atteindre les adolescents et développer des messages de prévention et des stratégies pour répondre plus particulièrement aux vulnérabilités de ces derniers ;
- un système de référence intersectoriel doit être développé afin que les victimes de violence sexuelle se présentant auprès d'un secteur soient orientées vers des services de santé, de protection ou de conseil tel que nécessaire ;
- des réunions intersectorielles doivent être organisées régulièrement pour revoir le nombre, l'âge et le sexe des nouveaux patients vus par

chaque service et identifier les lacunes ou faiblesses du réseau de référence.

- des efforts intersectoriels doivent être menés pour s'assurer que des mécanismes de plainte en matière d'EAS sont en place et adaptés aux adolescents.

*Des services adaptés aux adolescents* : les soins cliniques prodigués aux victimes de violence sexuelle doivent reposer sur la *Gestion clinique des Victimes de Viol : Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et personnes déplacées dans leur propre pays* (OMS/HCR 2004) et doivent inclure le traitement des blessures physiques (ou une réorientation de la victime si les blessures sont graves), la prophylaxie post-exposition pour le VIH (PEE), la contraception d'urgence, le traitement présomptif contre les IST, la vaccination contre l'hépatite B et le tétanos, un service d'aide psychosociale ou de santé mentale ou bien une orientation vers ce type de service et une orientation volontaire vers un service juridique et de protection si disponible. La sécurité de la victime est toujours prioritaire ; à cet effet, le secteur de la santé et de la protection peut avoir besoin de fournir un

## CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES ADAPTÉS AUX ADOLESCENTS POUR LES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE :

- Les services cliniques dédiés aux victimes de violence sexuelle doivent être disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour éviter tout retard de traitement ; les services doivent être gratuits ;
- Les victimes de violence sexuelle doivent être orientées directement vers les salles de soins afin de respecter leur vie privée. Sinon, une entrée à la clinique, discrète et séparée, peut être mise en place, permettant ainsi aux victimes d'accéder à la salle de soins directement sans passer par la salle d'attente ou d'enregistrement ;
- Si possible, l'examen clinique d'une victime de violence sexuelle doit être réalisé par une personne du même sexe. Si cela s'avère impossible, une personne du même sexe doit accompagner la victime pendant l'examen médical ;
- Un examen au speculum vaginal peut s'avérer très traumatisant pour une adolescente immature et ne doit jamais être utilisé chez les jeunes filles prépubères. Si un examen au speculum s'impose (par exemple, en cas de suspicion d'une lésion du vagin ou de présence d'un corps étranger), la jeune fille doit être orientée vers un spécialiste.
- Le personnel, y compris les agents chargés de l'enregistrement, les gardiens et les agents de nettoyage, n'est pas autorisé à porter un jugement et doit être informé de la nécessité de respecter la vie privée et la dignité des jeunes victimes ;
- Les services dédiés aux adolescents victimes de violence sexuelle doivent être confidentiels et l'accord des parents ne doit pas être exigé ;
- Le personnel de santé doit comprendre que la violence sexuelle peut également se produire chez les garçons et que les patients de sexe masculin doivent recevoir les mêmes soins cliniques et le même respect que les victimes de sexe féminin.



lieu sûr à la victime où elle pourra séjourner, en présence d'un risque de représailles de la part de l'auteur des faits et/ou de victimisation par la famille ou la communauté.

- **Sensibilisation** : tous les acteurs, y compris les membres de la communauté, les adolescents, le personnel de santé, le personnel des autres secteurs, les agents de l'aide humanitaire et le personnel de sécurité, doivent être informés des problèmes dus à la violence sexuelle et des risques auxquels sont confrontés les femmes, les jeunes filles et les autres adolescents à risque. Les stratégies de prévention de la violence sexuelle doivent être communiquées et des informations doivent être disponibles sur les lieux où il est possible de trouver de l'aide et comment y accéder. Les adolescents doivent savoir que des services garantissant la confidentialité sont disponibles pour toutes les victimes, quel que soit leur âge ou leur situation familiale.
  - Au cours de la mise en œuvre du DMU, ces informations peuvent être fournies par le biais des sessions d'orientation sur le DMU qui doivent inclure des sessions destinées aux adolescents, ainsi que via les supports d'information, d'éducation et de communication distribués au sein de la communauté. Les agents de santé communautaires et les accoucheuses traditionnelles doivent également être informés afin de pouvoir assurer la liaison entre les jeunes victimes et les services. Au fur et à mesure que la situation de crise se stabilise, des campagnes d'information et d'éducation sur la santé peuvent véhiculer ces messages en impliquant des adolescents.
  - Il est important de sensibiliser le personnel de l'aide humanitaire à l'EAS, dont le personnel des agences des Nations Unies, les forces de maintien de la paix et les ONG, . **Pour tous les agents de l'aide humanitaire, une politique de tolérance zéro en matière d'EAS doit être appliquée.**
  - Les autres services en uniforme (forces de police, militaires) doivent être sensibilisés à la VBG et à ses conséquences. Le secteur de la santé et l'agent chargé de la santé reproductive doivent se mettre en relation avec les officiels pour assurer la mise en place d'une politique de tolérance zéro en matière d'EAS auprès du personnel en uniforme.
- **Liens avec la communauté** : Les programmes de SSRA doivent tenter d'établir un lien avec tout réseau déjà existant au sein de la communauté pour atteindre les victimes adolescentes et diffuser les messages de prévention. Par exemple, les agents de santé communautaires et les accoucheuses traditionnelles peuvent informer la communauté sur les mesures de prévention à prendre et les services cliniques disponibles. Ils peuvent connaître de jeunes victimes de violence sexuelle au sein de la communauté et doivent savoir comment les orienter vers les services cliniques nécessaires ainsi que vers une aide juridique et psychosociale. Les chefs religieux ou autres chefs de communauté peuvent également s'avérer des ressources précieuses pour identifier les problèmes au sein de la communauté et diffuser l'information.

La VBG est un terme large qui englobe toute une série de problèmes dont la violence sexuelle, le trafic d'êtres humains, la violence domestique et les pratiques traditionnelles préjudiciables telles que l'excision et le mariage précoce forcé. Au fur et à mesure que la situation de crise se stabilise, d'autres formes de VBG sont rapportées plus fréquemment bien que la violence sexuelle continue d'être un problème important pour les adolescents. Une fois l'urgence stabilisée et les services de santé reproductive complets introduits, une collaboration multisectorielle s'avère importante afin de garantir que :

- les activités de prévention et de sensibilisation aux VBG sont mises en place au niveau de la communauté, auprès des adolescents, des forces militaires et de maintien de la paix et des agents de l'aide humanitaire ;
- la communauté et les adolescents sont impliqués dans le développement de stratégies de prévention des VBG et dans l'amélioration des mécanismes de traitement des plaintes en matière d'EAS ;
- le personnel est formé (ou reformé) au dépistage des VBG et aux systèmes de prévention et de réponse à la violence sexuelle ;
- des systèmes appropriés, confidentiels et éthiques de collecte, stockage, analyse et diffusion des données ont été établis ;
- les systèmes de prévention et de réponse aux VBG établis au cours de la phase aiguë de la crise sont poursuivis et renforcés, et
- la communauté est impliquée dans l'orientation des victimes de VBG vers les établissements de santé et les autres services de soutien.

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. OMS, UNFPA, HCR, Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductives en situations de réfugiés, 2009.
2. OMS/HCR, Gestion clinique des Victimes de Viol : Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et personnes déplacées dans leur propre pays (édition révisée ), 2004.
3. IASC. Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire, 2005.
4. IASC Sub-working Group on Gender and Humanitarian Action Establishing Gender-Based Standard Operating Procedures (SOPs) for Multi-sectoral and Inter-organisational Prevention and Response to Gender-based Violence in Humanitarian Settings, 2008.
5. UNFPA. Sexual Exploitation and Abuse (SEA) Information Sheet.  
<http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=521>
6. Women's Refugee Commission: « Don't Forget Us »: The Education and Gender-Based Violence Protection Needs of Adolescent Girls from Darfur in Chad, 2005.
7. Commission des femmes pour les réfugiés. Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive dans les situations de crise, 2006, [www.misp.rhrc.org](http://www.misp.rhrc.org)
8. UNHCR. Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons, Guidelines for Prevention and Response, 2003.

# DMU : santé néonatale et maternelle chez les adolescents – fiche d'information

## Pourquoi la santé néonatale et maternelle est-elle importante chez les adolescents en situations d'urgence ?

En situations d'urgence, il existe de nombreux cas qui rendent les adolescentes vulnérables à une grossesse précoce. Les adolescents sexuellement actifs peuvent ne pas avoir accès aux informations sur la reproduction ni aux services de PF et peuvent donc avoir des rapports non protégés. Les adolescentes mariées peuvent se sentir obligées de tomber enceinte rapidement pour prouver leur fertilité. Les adolescentes sont exposées aux risques de viol, d'EAS, voire peuvent être contraintes de se prostituer pour répondre à leurs propres besoins et aux besoins de leurs familles. Les jeunes filles soldats peuvent être forcées à se « marier » à des commandants ou à avoir des rapports avec d'autres combattants.

Dans tous les cas, les jeunes femmes enceintes représentent un groupe à haut risque ; ceci est particulièrement vrai en situation d'urgence, lorsque la famille et les systèmes d'aide sociale sont disloqués et que les services de santé peuvent s'avérer moins accessibles qu'en temps normal. Une étude menée dans les pays d'Afrique sub-saharienne montre que la mortalité maternelle est nettement plus importante dans les pays touchés par de récents conflits armés que dans les autres.<sup>15</sup>

La grossesse est une cause principale de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, décès qui est lié le plus souvent à des complications lors de l'accouchement ou d'un avortement réalisé dans de mauvaises conditions de sécurité.<sup>16</sup> Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont deux fois plus de risque de décéder lors de la grossesse et de l'accouchement que celles âgées d'une vingtaine d'années, et les très jeunes adolescentes de moins de 15 ans ont cinq fois plus de risque de décéder lors de la grossesse et de l'accouchement comparé aux femmes de 20 ans et plus.<sup>17</sup> Les adolescentes, tout particulièrement les jeunes filles de moins de 16 ans, présentent un bassin immature qui peut s'avérer trop petit pour permettre le passage d'un nouveau-né par les voies normales. Ceci peut entraîner un arrêt dans la progression du travail ou une urgence médicale exigeant une césarienne. Tout retard dans l'accès aux soins obstétricaux d'urgence en cas d'arrêt dans la progression du travail peut entraîner des fistules obstétricales ou une rupture de l'utérus, une hémorragie, voire un décès à la fois de la mère et de l'enfant.

Les mères adolescentes ont également plus de risque de connaître un avortement spontané, une naissance prématurée et un enfant mort-né que les mères plus âgées. Les enfants des mères adolescentes ont 50 pour cent plus de risques de décéder au cours de la première année de leur vie que ceux nés de mères âgées d'une vingtaine d'années,<sup>18</sup> et les pays touchés par de récents conflits armés ou des émeutes connaissent tout particulièrement des taux élevés de mortalité néonatale.<sup>19</sup>

Les problèmes sociaux placent également les mères adolescentes dans la catégorie à risque. Les jeunes filles tombant enceintes sont généralement contraintes de quitter l'école. Les jeunes filles enceintes non mariées sont souvent bannies de leur famille ou de la communauté et peuvent donc cacher leur grossesse ou tenter d'y mettre fin par des méthodes dangereuses. Sans famille ni protection sociale et confrontées à la charge économique que représente un enfant, les jeunes mères deviennent vulnérables à l'exploitation sexuelle. La violence domestique (y compris les abus physiques et les « crimes d'honneur ») peut menacer le bien-être des adolescentes enceintes, à la fois mariées et non mariées, ainsi que le fœtus.

## Pourquoi doit-on mettre en place des interventions en situation d'urgence pour promouvoir la santé néonatale et maternelle chez les adolescents ?

Les interventions en matière de santé néonatale et maternelle représentent des interventions de secours intégrées au DMU au tout début de la phase aiguë d'une urgence lorsque les services de santé existant normalement peuvent être interrompus ou inaccessibles. Le DMU se concentre sur la réalisation d'un accouchement hygiénique et sûr pour réduire la mortalité néonatale et maternelle. Les autres aspects de la santé néonatale et maternelle (soins prénatals et néonataux, PF, etc.) sont abordés plus tard lorsque des services de santé reproductive complets sont mis en place.

La mise en œuvre du DMU fournit des kits d'accouchement hygiénique aux femmes enceintes et aux accoucheuses pour une intervention à domicile ainsi que des kits d'accouchement pour sages-femmes aux établissements de santé. Les soins obstétricaux d'urgence de base et de prise en charge du nouveau-né (EmONC)

doivent être implantés dans les établissements de santé et doivent être disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et des systèmes d'orientation vers des services EmONC complets doivent être mis en place. Les directeurs de programmes doivent s'assurer que les adolescentes enceintes sont informées des risques que pose une grossesse précoce et qu'elles sont en relation avec le système de santé pour l'accouchement.

Les interventions du programme de SSRA visant à mettre en relation les jeunes femmes enceintes et les jeunes mères avec les services de santé néonatale et maternelle dans le cadre de la mise en œuvre du DMU incluent :

- *Une coordination multisectorielle* : assurer une coordination entre les secteurs de gestion des camps, de protection et des services communautaires afin d'identifier les adolescentes enceintes au sein de la communauté. Sensibiliser le personnel de tous les secteurs au fait que les grossesses chez les adolescentes sont très risquées à la fois pour la mère et le fœtus et identifier les méthodes permettant de mettre en relation les adolescentes enceintes et les services de santé néonatale et maternelle (kits d'accouchement hygiénique, accouchement en établissement et services de référence). Si nécessaire, le personnel de santé doit mettre en relation les adolescentes enceintes avec d'autres secteurs, tels que les services de protection, pour qu'elles obtiennent un soutien supplémentaire.
- *Des services obstétriques adaptés aux adolescents* : les prestataires de santé doivent comprendre les risques pour la santé liés à une grossesse précoce et l'importance que revêt la confidentialité des services obstétriques fournis aux adolescents, indépendamment de leur âge ou de leur situation familiale, sans qu'il soit besoin de l'accord d'un parent ou de l'époux. Le personnel de santé doit s'abstenir de porter des jugements et doit protéger la vie privée et la dignité de la mère adolescente et de son enfant. Bien qu'un accouchement en établissement de santé doive toujours être encouragé, les adolescentes enceintes doivent recevoir des kits d'accouchement hygiénique, qui peuvent être utilisés au moment de l'accouchement, qu'il soit réalisé en établissement de santé ou à domicile. Les adolescentes doivent être informées sur et pouvoir accéder aux services d'avortement sans risques lorsque la loi l'autorise.
- *L'engagement des accoucheuses traditionnelles ou des agents de santé communautaires* : si des accoucheuses traditionnelles sont déjà actives au sein de la communauté, elles peuvent servir de lien avec les services fournis en établissement, en identifiant les adolescentes enceintes au sein de la communauté et en les informant sur les services de soins à leur

disposition, en cas de complications lors de leur grossesse ou de l'accouchement.

- *L'information sur les services disponibles* : l'information sur les risques que pose la grossesse chez les adolescentes et les services obstétriques adaptés aux adolescents disponibles doit être fournie lors des sessions d'orientation sur le DMU organisées avec des groupes d'adolescents dans les écoles ou d'autres lieux où ils se réunissent.

Une fois la situation stabilisée, d'autres interventions de santé néonatale et maternelle peuvent être introduites pour mettre en relation les jeunes mères enceintes avec le système de santé et les encourager à accoucher dans un établissement de santé. Quelques exemples :

- *Des stratégies à base communautaire* pour les soins prénatals et néonataux (en utilisant des équipes médicales de proximité ou des agents de santé communautaires) peuvent rendre ces services plus accessibles et satisfaisants pour les adolescents. Les agents de santé communautaires sont alors en mesure d'identifier les jeunes mères enceintes et les mettre en relation avec les services de santé appropriés.
  - Les accoucheuses traditionnelles et les adolescentes enceintes doivent être informées de l'importance de la présence d'une personne qualifiée lors de l'accouchement. Les adolescentes seront peut-être plus enclines à accoucher dans un établissement de santé avec des sages-femmes si elles sont accompagnées par quelqu'un en qui elles ont confiance. Les accoucheuses traditionnelles doivent être informées des signes de danger pouvant se présenter lors de la grossesse, du travail et de l'accouchement afin qu'en cas de complication lors de la grossesse ou d'un accouchement à domicile, elles sachent orienter immédiatement l'adolescente vers l'établissement de santé.
- *Des programmes pour les naissances* doivent être développés pour les jeunes mères, leurs partenaires et leurs familles afin d'éviter les retards inutiles dans la recherche d'une aide médicale lorsque le travail commence.
- *Des maisons de maternité* situées à proximité des établissements de santé fournissent aux femmes un lieu sûr où rester pendant les dernières semaines de la grossesse. La mise en place de maisons de maternité et la mise à disposition de ces dernières auprès des mères adolescentes permet de s'assurer que ces mères à haut risque accouchent dans des établissements délivrant des EmONC.

- *Les options de planning familial* doivent faire l'objet de discussions avec les jeunes mères au cours de la grossesse et à nouveau lors de la visite post-partum ; une orientation vers les services de PF doit être proposée si elles le souhaitent.
- *L'aide à l'allaitement* doit être assurée afin de garantir que les adolescentes ont recours à des pratiques alimentaires correctes et que les nourrissons reçoivent une alimentation optimale.
- *Des groupes de soutien* en matière de soins apportés à l'enfant doivent être établis pour aider les mères adolescentes à prendre soin de leurs bébés.
- *Un service d'aide psychosociale et de santé mentale* doit être intégré aux services de santé néonatale et maternelle.
- *Des programmes d'éducation* doivent être soutenus pour que les mères adolescentes puissent poursuivre leur scolarité.

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. Graczyk, K. Adolescent Maternal Mortality: an Overlooked Crisis. Advocates for Youth: 2007. <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/fsmaternal.pdf>
2. Save the Children. State of the World's Mothers 2006. 2006., p.10. [http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2006/SOWM\\_2006\\_final.pdf](http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2006/SOWM_2006_final.pdf)
3. UNFPA. Etat de la population mondiale 2004. 2004. <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9>
4. OMS, UNFPA, HCR. Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés. « Santé maternelle et néonatale »
5. Commission des femmes pour les réfugiés. Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive dans les situations de crise, 2006, [www.misp.rhrc.org](http://www.misp.rhrc.org)
6. Commission des femmes pour les réfugiés. Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs (Guide de terrain pratique pour l'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans les programmes humanitaires), RHRC Consortium: July, 2005. [http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC\\_ffg.pdf](http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC_ffg.pdf).

# DMU : prévention et traitement des IST/VIH chez les adolescents – fiche d'information

## Pourquoi la prévention et le traitement des IST et du VIH chez les adolescents sont-ils importants en situations d'urgence ?

En situations d'urgence, les risques de transmission des IST et du VIH chez les adolescents peuvent s'accroître : les structures sociales qui influencent normalement le comportement sont totalement désorganisées et les différences de pouvoir entre les hommes et les femmes peuvent être renforcées, ce qui peut conduire les adolescents à s'engager très tôt dans des rapports sexuels consentants ou forcés. Les adolescents sont plus exposés aux risques d'EAS ; et bien que des recherches plus approfondies soient nécessaires à ce sujet, l'insécurité de leurs moyens de subsistance peut conduire les adolescents à se prostituer pour subvenir à leurs besoins vitaux.

## Quelles interventions doivent être introduites pour prévenir et traiter les IST et le VIH chez les adolescents en situation d'urgence ?

Les réponses du programme de SSRA au cours de la mise en œuvre du DMU doivent mettre l'accent sur la prévention de la transmission du VIH ; toutefois, les adolescents présentant des symptômes d'IST doivent recevoir un traitement. Les activités de prévention du VIH dans le cadre du DMU sont limitées à la distribution de préservatifs, au respect des précautions standard et à des transfusions sanguines réalisées en toute sécurité.

- *Distribution de préservatifs* : des préservatifs masculins (et si disponible, des préservatifs féminins) doivent être mis gratuitement à la disposition des adolescents dans des points de distribution discrets et facilement accessibles. Les directeurs des programmes de SSRA peuvent engager des adolescents choisis dans la communauté pour aider à identifier les points de distribution adaptés et informer leurs pairs que des préservatifs sont disponibles. Par ailleurs, les préservatifs doivent être proposés à toute personne (quel que soit son sexe, son âge ou sa situation familiale) qui en fait la demande ou qui se présente à l'établissement de santé avec des symptômes d'IST.

Il est important que les programmes prévoient un nombre suffisant de préservatifs pour répondre aux besoins de toute la population sexuellement active, y compris les adolescents. Les préservatifs masculins et féminins peuvent être obtenus auprès de l'UNFPA

par le biais des Kits de santé reproductive interagences, du Ministère de la Santé, des autres organisations donatrices ou peuvent être achetés sur le marché libre. Un stock de préservatifs d'au moins trois mois doit être acheté.<sup>21</sup>

- Autres moyens de prévention de la transmission du VIH : les soins cliniques prodigués aux victimes de violence sexuelle doivent inclure une prophylaxie post-exposition (PEE) pour le VIH et un traitement présomptif pour les IST.
- *Les précautions standards* de prévention contre la transmission du VIH et des autres infections transmissibles par voie sanguine doivent toujours être appliquées dans les établissements de santé. Les équipements et matériels nécessaires à l'application de ces précautions standard (conteneurs pour instruments tranchants, gants, etc.) doivent faire partie des premières fournitures à acheter lors de la mise en œuvre du DMU ; le personnel de santé peut exiger une formation de remise à niveau sur les précautions standard. Des protocoles de sécurité dans la manipulation du sang doivent être mis en place pour prévenir la transmission du VIH et des autres agents pathogènes transmissibles par voie sanguine via les transfusions.

Interventions non liées au DMU :

- *ART / PTME* : si des ART et des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH sont disponibles avant le début de la crise, ils doivent si possible être poursuivis en situation d'urgence. Si ces services n'étaient pas disponibles précédemment, ils doivent être introduits dès que possible une fois l'urgence stabilisée.
- *Traitement des IST* : bien que des programmes complets de prévention et de traitement des IST ne fassent pas partie du DMU, tout homme ou femme, quel que soit son âge ou sa situation familiale, se présentant auprès d'un établissement de santé avec des symptômes d'IST doit être traité en conséquence et recevoir des préservatifs.

Une fois la situation d'urgence stabilisée et les services de santé reproductive complets planifiés, les programmes de SSRA doivent envisager des méthodes permettant de fournir aux adolescents un accès aux services de prévention et de traitement, en portant une attention particulière aux catégories les plus exposées

aux IST et au VIH. Ci-après certaines interventions des programmes de SSRA à mettre en place dans le cadre des services de santé reproductive complets :

- *Poursuite des interventions du DMU* : les services de prévention, de traitement et de référence introduits au cours de la phase aiguë de l'urgence doivent être poursuivis et renforcés une fois la situation stabilisée.
- *Expansion des services de prévention et de traitement du VIH* : les services de prévention et de traitement du VIH doivent être élargis pour inclure des activités de prévention plus larges, la distribution de préservatifs, les services de conseil et de dépistage du VIH ainsi que la PTME ; la prophylaxie ainsi que le traitement des infections opportunistes de même que les services de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH doivent également être inclus. Si le traitement par ART n'est pas disponible, un système d'orientation des patients nécessitant ce traitement doit, si possible, être établi.
- *Etablissement d'activités de prévention et de groupes de soutien pour les adolescents vivant avec le VIH* afin de les aider à planifier leur vie sexuelle et reproductive.
- *Des stratégies à base communautaire* doivent être envisagées, telles que la distribution de préservatifs par des adolescents ayant reçu la formation de DBC, des services de conseil et de dépistage mobiles ou à domicile, ainsi que des soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH afin de rendre ces services plus accessibles aux adolescents qui peuvent avoir peur, se sentir gênés ou incapables de se présenter dans un établissement de santé pour obtenir des soins.
- *Des pairs conseillers et éducateurs* peuvent être formés pour fournir des informations et des conseils que les adolescents seront plus disposés à accepter.
- *Des interventions multisectorielles pour les catégories à haut risque* : des stratégies de prévention multisectorielles doivent être développées. Un réseau de référence doit être établi entre les secteurs de la santé, de la protection et de la sécurité des moyens de subsistance afin de répondre aux besoins et développer des stratégies de prévention auprès de tous les adolescents, en mettant l'accent plus particulièrement sur les catégories à haut risque.
  - Des stratégies d'intervention multisectorielles ciblées en matière de prévention, de soin et de traitement doivent être mises au point pour les adolescents les plus à risque dans le cadre de l'exposition au VIH, y compris les utilisateurs de drogues injectables, les adolescents ayant plusieurs partenaires sexuels, y compris ceux qui

se prostituent ainsi que leurs clients de même que les adolescents de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec des hommes.

- *Communication pour le changement de comportement* : des programmes de communication pour le changement de comportement dans le cadre de la prévention des IST et du VIH doivent être développés plus particulièrement pour les adolescents à partir de messages qui les concernent et dans un langage qu'ils comprennent. Les organisations entre membres de la communauté et adolescents doivent participer au développement et à la diffusion des messages de communication pour susciter un changement du comportement à travers les différents médias, tels que les supports visuels, la radio, la danse et le théâtre. Des approches entre pairs peuvent s'avérer des formes de communication particulièrement efficaces.
- *Aide psychosociale et santé mentale* : les programmes de SSRA doivent porter une attention particulière aux besoins en termes d'aide psychosociale et de santé mentale exprimés par les adolescents séropositifs. Ces derniers peuvent souffrir de dépression, de peur, de stigmatisation et de perte. Ces stress psychologiques, outre le stress émotionnel et psychologique lié à l'adolescence, peuvent peser lourd sur la santé mentale de l'adolescent. Le VIH et le SIDA peuvent d'un point de vue biologique induire des problèmes de santé mentale tels que la dépression, des troubles psychotiques aigus et la démence. Les problèmes de santé mentale peuvent entraver les facultés de jugement et de prise de décision de l'adolescent et peuvent alors avoir un impact négatif sur le comportement de recours aux soins et le respect des traitements. Ceci peut également augmenter les probabilités pour que l'adolescent transmette le VIH par des comportements à risque. Les adolescents présentant des problèmes de santé mentale peuvent également souffrir d'une altération de leurs facultés de jugement et risquent ainsi de s'engager dans des activités imprudentes et de contracter le VIH.

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. Holmes, W. *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations*, International Rescue Committee, 2003.
2. IASC. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*.  
<http://www.who.int/3by5/publications/documents/iasc/en/index.html>
3. Inter-Agency Task Team on HIV and Young People. *Global Guidance Briefs on HIV Interventions for Young People 2008*. « HIV Interventions in Humanitarian Emergencies, » 2008.  
<http://www.unfpa.org/hiv/iatt/docs/humanitarian.pdf>.
4. Inter-Agency Task Team on HIV and Young People. *Global Guidance Briefs on HIV Interventions for Young People 2008*. « HIV Interventions for Most-At-Risk Young People, » 2008.  
<http://www.unfpa.org/hiv/iatt/docs/mostatrisk.pdf>.
5. UNFPA. *Emerging Issues: Mental, Sexual and Reproductive Health*. 2008.
6. OMS, UNFPA, HCR. *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés*. Chapitres 9 & 10, « Maladies sexuellement transmissibles, » « VIH/SIDA, » 2009.  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/mental\\_rh\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/mental_rh_eng.pdf).
7. Commission des femmes pour les réfugiés. Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive dans les situations de crise, 2006, [www.misp.rhrc.org](http://www.misp.rhrc.org)
8. Commission des femmes pour les réfugiés, *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-affected Settings* (Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles en situations de conflits), Consortium RHRC : 2004.



# DMU : les adolescents et le planning familial – fiche d'information

## En quoi le planning familial est-il important pour les adolescents en situation d'urgence ?

Quelles que soient les circonstances, les adolescents ont le droit de recevoir une information complète et précise sur la santé sexuelle et reproductive, notamment le planning familial. Malheureusement, les parents et autres modèles de rôle adultes refusent souvent de parler du sujet aux adolescents en raison de normes religieuses ou culturelles interdisant les relations sexuelles avant le mariage. Le personnel de santé, par ailleurs, peut être réticent à proposer des informations ou services de planning familial à des adolescents (surtout non mariés) du fait de leurs propres croyances ou des pressions culturelles.

L'accès au planning familial s'avère particulièrement important dans les situations de crise alors que les adolescents sont coupés de leurs structures familiales ou sociales normales et que les systèmes communautaires et établissements proposant les informations et services de planning familial sont perturbés. En cas d'urgences, les adolescents peuvent faire l'objet d'une exploitation sexuelle ou développer des comportements sexuels à risque, ce qui peut conduire à une grossesse non désirée, au décès de la mère et/ou de l'enfant, à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et à une stigmatisation sociale de la jeune mère.

## Quelles interventions de planning familial les programmes de SSRA doivent-ils mettre en œuvre dans des situations d'urgence ?

Les programmes complets de planning familial ne sont pas intégrés au DMU, mais des contraceptifs devraient être disponibles pendant la phase aiguë d'une situation d'urgence afin de répondre aux demandes de planning familial. Lorsque la situation est stabilisée, il convient d'étudier les moyens de toucher les adolescents avec des informations et services complets de planning familial.

- *Proposer des services adaptés aux adolescents* : Les services proposés en établissements doivent être adaptés aux adolescents, en leur garantissant intimité et confidentialité et en leur facilitant l'accès aux services. Le personnel de santé doit être conscient de la vulnérabilité des adolescentes à une grossesse précoce et aux risques que cela comporte. Ils doivent se montrer positifs et respecter le droit d'un(e)

adolescent(e) à recevoir des informations et services confidentiels de planning familial, indépendamment de son âge, de sa situation matrimoniale, de l'accord ou non d'un parent ou tuteur.

**La contraception d'urgence (CU)** permet aux adolescentes d'éviter une grossesse non désirée après un rapport sexuel non protégé, consenti ou forcé. La CU est également utilisable en cas d'échec des méthodes régulières de planning familial (par exemple, lorsque le préservatif se déchire, lorsque l'adolescente n'a pas pris correctement sa pilule contraceptive orale, etc.)

Les CU les plus courantes sont les pilules contraceptives orales et pilules progestatives (toutes deux considérées comme des PCU). Les DIU au cuivre sont également utilisables comme CU. Pour une efficacité optimale, les PCU doivent être prises immédiatement après le rapport sexuel non protégé, sachant qu'elles permettent d'éviter une grossesse jusqu'à 120 heures (cinq jours) après un rapport de ce type.

Les adolescentes doivent connaître la CU, qui doit être intégrée aux discussions et conseils de planning familial. Compte tenu de l'efficacité supérieure des autres méthodes, la CU ne devrait pas être considérée comme une méthode « régulière » de planning familial. Un(e) adolescent(e) venu(e) se renseigner sur la CU doit pouvoir recevoir l'information ainsi que d'autres conseils sur toutes les autres formes de planning familial et être encouragé(e) à opter pour une méthode « régulière » de planning familial.

- *Proposer une palette de méthodes* : Les programmes de SSRA devraient proposer des informations et un accès à une large palette de méthodes de planning familial, y compris la CU. Il faut bien préciser que l'adolescent(e) est libre de choisir la solution qui lui convient et ne doit pas se sentir contraint(e) de choisir une méthode plutôt qu'une autre.
- *Proposer des conseils de qualité* : Proposer des informations complètes sur toutes les méthodes disponibles et leur efficacité pour permettre à

l'adolescent(e) de faire un choix. Un conseil de qualité inclut des explications (et une démonstration le cas échéant) sur l'utilisation appropriée de chaque méthode. Les données à prendre en compte pour le conseil sont les suivantes (OMS, 2007) :

- Toutes les méthodes de planning familial sont sûres pour les adolescents, même si les solutions permanentes comme la ligature des trompes et la vasectomie doivent être évitées dans le cas des adolescents sans enfants.
- Les jeunes femmes toléreront peut-être moins les effets secondaires. Les réactions possibles doivent par conséquent être expliquées à l'occasion du conseil prodigué pour améliorer les chances de suivi de la méthode de planning familial et chercher d'autres méthodes si les effets secondaires persistent.
- Maîtrisant moins leur sexualité et leur contraception que les femmes plus âgées, les adolescentes auront davantage besoin de CU. Des adolescentes venant demander une contraception d'urgence doivent également être conseillées sur toutes les autres méthodes de planning familial et avoir la possibilité d'emporter une CU (Cf. encadré).
- Les adolescentes préféreront peut-être des méthodes plus discrètes (comme les contraceptifs injectables ou les dispositifs intra-utérins) utilisables sans attirer l'attention et nécessitant moins de visites à l'établissement de santé.
- *Encourager l'utilisation du préservatif en guise de protection double* : Susceptibles d'adopter des pratiques sexuelles non protégées les exposant aux IST ou au VIH/SIDA, les adolescents doivent être vivement encouragés à utiliser les préservatifs pour une protection double contre la grossesse et les IST/le VIH.

- *Chercher d'autres façons de toucher les adolescents* : Les adolescents étant confrontés à des obstacles pour accéder aux informations et aux services de santé reproductive, les programmes de SSRA doivent absolument trouver de nouvelles façons de toucher ce groupe.

Les services communautaires sont peut-être les plus appropriés pour toucher les sous-groupes d'adolescents les plus vulnérables, comme les filles mariées, les enfants chefs de famille et les filles-mères. La formation d'adolescents à la distribution communautaire de contraceptifs peut s'avérer une très bonne chose pour le programme de SSRA, en apportant des conseils de planning familial à la communauté ou à domicile, en favorisant la distribution de certains modes de protection (notamment les préservatifs et pilules contraceptives orales) et l'orientation vers les établissements de santé pour les autres méthodes. Les adolescents demanderont probablement plus volontiers des services de planning familial auprès d'un interlocuteur de leur âge parce qu'ils se sentiront plus à l'aise dans un environnement qui leur est familier et moins intimidés avec un semblable qu'avec un adulte pour aborder de ce type de problème.

Lorsque les écoles fonctionnent, les professeurs peuvent proposer des cours sur la santé reproductive assortis de discussions sur le planning familial. La Letter Box Approach (Sharma & Sharma, 1995) permet aux adolescents d'utiliser une boîte aux lettres pour soumettre anonymement des questions auxquelles les professeurs répondront à l'occasion de séances de sensibilisation collectives. Cette méthode est également utilisable avec des pairs. Les professeurs ou d'autres membres communautaires inspirant confiance peuvent également faire office de distributeurs communautaires de préservatifs et de pilules contraceptives orales. (Pour en savoir plus sur l'Approche de la boîte aux lettres, consulter les références ci-après.)

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. RHRC. *Contraception d'urgence pour les zones touchées par des conflits*. 2004. [http://www.rhrc.org/resources/general\\_fieldtools/er\\_contraception/ec\\_brochure\\_French.pdf](http://www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/er_contraception/ec_brochure_French.pdf)
2. Sharma V et Sharma A. « *The Letter-Box Approach: a Model for Sex Education in an Orthodox Society*, « *The Journal of Family Welfare*. Vol. 41, no. 4, Décembre 1995: 31-34.
3. OMS. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. (planning familial : guide général à l'attention des prestataires). Chapitre 20, « *Serving Diverse Groups: Adolescents* » (travailler avec différents groupes : adolescents), 2007. pp. 267-269. <http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/>
4. OMS, UNFPA, HCR : Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés. Chapitre 5, « *Planification familiale* », 2009.

# Les adolescents, la santé mentale et l'aide psychosociale – fiche d'information

## En quoi la santé mentale et l'aide psychosociale des adolescents sont-elles importantes en situations d'urgence ?

Si ce ne sont pas des domaines prioritaires lors de la mise en œuvre du DMU, la santé mentale et l'aide psychosociale sont indispensables pour la santé dans son ensemble, allant de pair avec la santé physique. La santé mentale et l'aide psychosociale sont pourtant souvent négligées en temps de crise. Alors que les urgences bouleversent les réseaux familiaux et communautaires, la perte de protection peut avoir un impact démesuré sur les adolescents. En cas d'urgence, les problèmes sociaux et psychologiques (comme les stigmatisations liées à l'appartenance à un groupe marginalisé, l'alcoolisme, les violences basées sur le genre) persistent et peuvent être amplifiés. De nouveaux problèmes psychologiques tels que l'anxiété, la peine, le syndrome post-traumatique et la dépression peuvent apparaître. Dans le contexte d'une urgence humanitaire, les adolescents peuvent connaître des événements extrêmement stressants et traumatisants, assister à des atrocités, être déplacés, séparés de leurs proches, soumis à des violences physiques et sexuelles ou recrutés de force dans des forces armées.

## QU'ENTEND-ON PAR SANTÉ MENTALE ET AIDE PSYCHOSOCIALE ?

La santé mentale et l'aide psychosociale couvrent tout type d'aide locale ou extérieure visant à protéger ou à promouvoir le bien-être psychosocial et/ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux.

Tiré des « *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings* » du Comité permanent interorganisations

L'adolescence est une période de croissance et de développement intenses, pendant laquelle les bouleversements sociaux, comportementaux, cognitifs et physiques peuvent s'avérer extrêmement difficiles à gérer dans des circonstances dites « normales ». Et c'est sans parler des situations de crise. Tout le monde ne développera pas des problèmes psychologiques en situation de crise, mais les adolescents sont plus exposés aux problèmes sociaux et/ou psychologiques.

Le travail sur les problèmes psychosociaux et de santé mentale peut aider les adolescents à développer une résilience, une meilleure capacité décisionnelle et une prise de risque plus calculée. Il faut donc intégrer la santé mentale et l'aide psychosociale aux mécanismes d'intervention d'urgence. Des études montrent que presque un tiers des victimes de violences basées sur le genre développent des problèmes de santé mentale (OMS 2008), ce qui montre bien l'importance des services de santé mentale et d'aide psychosociale pour les victimes de violences basées sur le genre.

## En quoi la santé mentale et l'aide psychosociale concernent-elles la santé reproductive ?

Les problèmes psychosociaux et de santé mentale peuvent être à la fois causes et conséquences de problèmes de santé sexuelle et reproductive parmi les adolescents. Les obstacles mentaux, psychologiques et émotionnels sont des facteurs importants à prendre en compte dans le cadre de l'accès et de l'adhésion aux services de planning familial. En effet, les problèmes psychosociaux et de santé mentale peuvent perturber les capacités de prise de décision et augmenter les comportements à risque, comme les relations sexuelles non protégées, avec le risque (et le problème) des grossesses non désirées, de la contamination ou de la transmission du VIH et d'autres IST.

Dans les pays en développement, entre un tiers et un cinquième des femmes enceintes souffrent de problèmes importants de santé mentale comme la dépression, pendant la grossesse et après la naissance. Dans les pays développés, une femme sur dix souffre de dépression pendant sa grossesse ou au cours de la période post-partum, cependant les femmes déprimées seront moins enclines à demander et recevoir des soins prénatals ou post-partum, si bien que la dépression périnatale entraîne un risque accru de complications obstétriques. La santé mentale de la mère impacte également la santé et la survie de l'enfant. Une mauvaise santé mentale de la mère est associée, pour le nourrisson, à un risque accru de faible poids à la naissance, de malnutrition, de diarrhée et de maladies infectieuses. Il est indispensable que les femmes enceintes et au cours de la période post-partum aient accès à des services de santé mentale et

d'aide psychosociale pour les protéger, elles et leurs bébés, d'une morbidité et d'une mortalité accrues.

Les personnes vivant avec le VIH, leur(s) partenaire(s) et leur famille peuvent souffrir de problèmes psychosociaux et de santé mentale causés par la peur, la stigmatisation et d'autres facteurs de stress. Le VIH et le SIDA peuvent aussi induire des problèmes de santé mentale tels que la dépression, la psychose et la démence. Jusqu'à 44 pour cent des patients touchés par le VIH souffrent de dépression (OMS 2008). Les problèmes psychosociaux et de santé mentale peuvent également compromettre l'observance des traitements. L'expérimentation sexuelle est une étape normale de l'adolescence si bien que les adolescents séropositifs auront besoin d'une aide psychosociale et de conseils pour planifier leur vie reproductive.

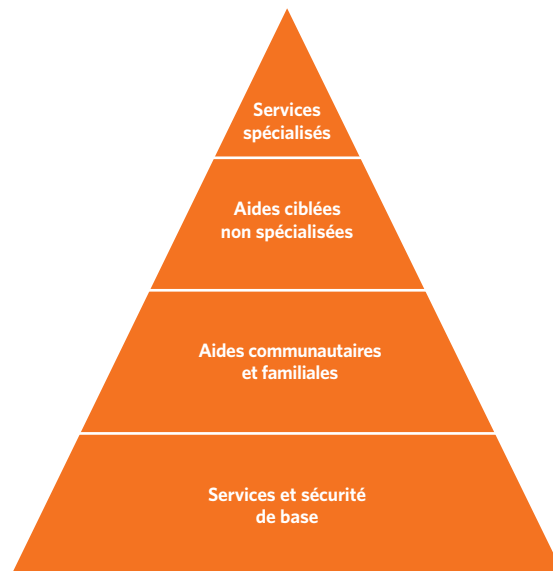
### Quelles interventions du programme devraient être mises en œuvre pour prendre en charge la santé mentale et l'aide psychosociale des adolescents en situations d'urgence ?

Il faut que le personnel du programme, y compris le personnel de santé, soit conscient des risques et conséquences des problèmes psychosociaux et de santé mentale chez les adolescents et qu'il sache en détecter les signes, notamment au sein des sous-groupes très vulnérables. Le personnel de santé doit être formé à l'identification des problèmes psychosociaux et de santé mentale et aux interventions et orientations appropriées le cas échéant. Les réseaux de prise en charge doivent être multisectoriels, intégrant la santé, la protection, la subsistance, l'éducation, les services sociaux, etc. Les structures d'aide communautaires et de pair-à-pair (conseillers pairs, groupes d'adolescents, groupes de femmes, etc.) devraient être envisagées une fois la situation stabilisée. S'ils sont déjà établis, ces réseaux peuvent permettre de toucher les adolescents souffrant de handicaps, de marginalisation ou incapables d'accéder aux services pendant la phase aiguë d'une urgence.

Les principes fondamentaux à la base des interventions psychosociales et de santé mentale d'urgence sont les suivants : (1) Promouvoir le respect des droits de l'homme et de l'équité ; (2) Promouvoir la participation de la communauté (adolescents) ; (3) Eviter de causer du mal ; (4) Tirer parti des ressources et capacités disponibles ; (5) Intégrer les activités et programmes à des systèmes plus larges (programmes de santé, d'éducation, etc.) et (6) Développer une intervention à tous les niveaux (IASC 2007).

Le diagramme suivant, tiré des « Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings » du Comité permanent interorganisations, présente une « pyramide d'interventions » dans les situations d'urgence, illustrant les différents niveaux d'interventions psychosociales et de santé mentale en cas d'urgence à mettre en œuvre, de préférence, simultanément.

FIGURE 2: Pyramide d'interventions psychosociales et de santé mentale dans les situations d'urgence. Chaque niveau est expliqué à suivre.



- **Services spécialisés** – Assistance professionnelle auprès du petit groupe de patients souffrant de graves problèmes de santé mentale et ne pouvant être pris en charge par les autres systèmes d'assistance. Les organismes devraient mettre en place un système d'orientation des patients vers des services spécialisés ou former le personnel de santé à ces services.
- **Aides ciblées non spécialisées** – aide, par des employés formés et supervisés, apportée à des plus petits groupes de patients nécessitant éventuellement des soins personnalisés, comme dans le cadre du programme pour les victimes de violences sexuelles, associant des activités de subsistance à une aide émotionnelle et une protection.
- **Aides communautaires et familiales** – aide à un plus petit nombre de personnes, intégrant éventuellement l'activation de réseaux sociaux (clubs d'adolescents, groupes de femmes), moyens de subsistance et activités d'éducation. On peut citer, par exemple, un système de travailleurs adolescents communautaires

jouant le rôle d'intermédiaires entre les enfants chefs de famille et les activités de subsistance, services de santé et programmes d'éducation.

- **Services et sécurité de base** - assurant le bien-être et la protection de l'ensemble de la communauté, y compris la sécurité, la sécurité alimentaire et la santé. Les organismes devraient prendre des mesures particulières pour veiller à ce que ces services soient accessibles par les adolescents vulnérables.

Tous les programmes de santé sexuelle et reproductive devraient intégrer des services de santé mentale et d'aide psychosociale, mais aucun organisme ne peut à lui seul s'occuper de tous les problèmes liés à la santé mentale et à l'aide psychosociale des adolescents. Les organismes devraient travailler en collaboration avec la communauté pour s'assurer de l'identification et de la prise en charge des besoins de santé mentale des adolescents.

### SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. IASC, *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf).
2. UNFPA. *Questions émergentes : La santé mentale dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive*. 2008. [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/765\\_filename\\_mh\\_french.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/765_filename_mh_french.pdf)
3. OMS. *Improving Maternal Mental Health*. 2008. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/Perinatal\\_depression\\_mmh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf).

# Outils de participation



## Participation des adolescents

**Principe :** Les adolescents ont le droit de participer aux programmes de santé sexuelle et reproductive qui les concernent. Comme de nombreux programmes élaborés dans des situations de développement l'ont montré, l'implication des adolescents, lors de leur conception, de leur mise en œuvre et de leur suivi, s'avère essentielle afin de garantir l'acceptation et l'accessibilité de ces programmes ainsi que la satisfaction des besoins de santé sexuelle et reproductive.

Par ailleurs, l'implication des adolescents dans la phase d'évaluation peut orienter le développement des programmes futurs. La participation des adolescents à tous les stades du cycle d'élaboration des programmes permet une programmation plus pertinente, renforce les résultats du programme et contribue à forger des partenariats efficaces entre adolescents et adultes.

La participation des adolescents reste essentielle dans les situations de crise, même si les conditions favorables que constituent le temps, le financement et l'engagement, peuvent se voir limitées par l'urgence. Le tableau suivant propose des exemples de la manière dont les adolescents peuvent participer à la mise en œuvre du DMU et des services complets de santé sexuelle et reproductive.

## Participation au programme de SSRA en situations de crise humanitaire

	Pendant la mise en œuvre du DMU	Services complets de santé reproductive
<b>Qui mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leaders chez les adolescents<sup>23</sup></li> <li>Groupes et réseaux d'adolescents existants</li> <li>Adolescents vulnérables<sup>24</sup></li> </ul> <p><i>Les filles et garçons doivent pouvoir accéder et participer de la même façon à toutes les activités</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leaders chez les adolescents</li> <li>Groupes et réseaux d'adolescents</li> <li>Adolescents vulnérables</li> <li>Groupes consultatifs d'adolescents</li> </ul> <p><i>Les filles et garçons doivent pouvoir accéder et participer de la même façon à toutes les activités</i></p>
<b>Identification des besoins / Conception du programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation à des <b>forums</b>, comme des réunions de coordination sur la santé sexuelle et reproductive ou des équipes de prévention des violences basées sur le genre ;</li> <li>Identification de sites appropriés pour la distribution de préservatifs aux filles et garçons ;</li> <li>Présentation des services sexospécifiques existants, ciblés sur les adolescents ;</li> <li>Participation à la conception de stratégies et de messages de SSRA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation aux activités entreprises pendant la mise en œuvre du DMU</li> <li>Discussions (intégrant les groupes vulnérables) avec retour d'information sur les besoins et assistance au niveau de l'identification des pairs les plus exposés.</li> <li>Prise en compte de la sexospécificité à tous les niveaux de l'évaluation des besoins et de la conception du programme</li> </ul>
<b>Mise en œuvre du programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partage d'informations avec les pairs sur l'importance des soins médicaux pour les victimes de violences sexuelles et sur les lieux de consultation ;</li> <li>Information des adolescentes enceintes sur les centres de soins à l'accouchement dans lesquels elles peuvent se rendre au début du travail.</li> <li>Partage d'informations avec les pairs sur les centres fournissant des services de santé sexuelle et reproductive confidentiels, sexospécifiques et adaptés aux adolescents, y compris la contraception et le traitement des IST ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation aux activités entreprises pendant la mise en œuvre du DMU</li> <li>Formation en tant qu'éducateurs et conseillers pairs et distributeurs communautaires de contraceptifs ;</li> <li>Mise en place de clubs intégrant des activités ciblées sur les adolescents les plus vulnérables, de groupes de théâtre ou de musique diffusant des messages de CCC (communication pour le changement de comportement).</li> <li>Assurance de la sexospécificité des activités du programme en termes d'emplacement, d'horaires et de participation de filles et garçons, ensemble ou séparément, suivant les pratiques culturelles et sociales.</li> <li>Mise en place de groupes d'aide psychosociale pour les adolescents victimes de violences sexuelles et/ou porteurs du VIH.</li> </ul>
<b>Suivi et contrôle du programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retour d'information sur la mise en œuvre du programme par une participation à la coordination de la santé sexuelle et reproductive à l'équipe de prévention contre les violences basées sur le genre, et autres forums similaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation aux activités entreprises pendant la mise en œuvre du DMU</li> <li>Participation au suivi de la qualité des programmes de santé reproductive ;</li> <li>Participation à l'évaluation des programmes de SSRA en contribuant à l'élaboration de la méthodologie, à l'analyse et au recueil des données.</li> </ul>

Plusieurs modèles de participation des adolescents pouvant être adaptés aux situations d'urgence ont été utilisés dans des contextes de développement. Deux exemples de modèles testés sur le terrain sont présentés ci-après.

La méthodologie **Partnership-Defined Quality for Youth (PDQ-Y)** : qualité pour les jeunes sur la base d'un partenariat), utilisée par Save the Children, implique les jeunes et le personnel de santé dans l'identification des besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive, la définition de la qualité, la recherche de méthodes de collaboration, en mettant en avant la responsabilité mutuelle dans la résolution des problèmes. Elle suppose de rencontrer séparément les adolescents et le personnel de santé pour connaître leurs perceptions des besoins en matière de SSRA, de qualité des soins, des forces et faiblesses des services existants, des responsabilités et droits des clients et du personnel de santé. Une séance de mise en relation réunit les adolescents et le personnel de santé pour les inviter à partager leurs idées et à proposer des méthodes de collaboration en vue d'améliorer les services adaptés aux adolescents. En fin de processus, les adolescents et le personnel de santé travaillent en partenariat au développement et à la mise en œuvre des plans d'action. Les adolescents sont également impliqués dans le suivi des améliorations de la qualité des services de santé (Save the Children, 2008).

Le modèle de **Youth-Adult Partnerships (YAP)** : partenariat jeunes-adultes), développé par Family Health International et YouthNet, repose sur l'idée que les jeunes ont le droit de participer, ce qui rend les programmes plus

pertinents et durables, tout en améliorant la résilience et le développement des jeunes en question. Les adultes et adolescents s'engagent non seulement à dialoguer mais aussi à travailler en tant que partenaires égaux. Ce modèle intègre les points de vue et compétences des adolescents, l'expérience et la sagesse des adultes, en offrant à chacun la possibilité de proposer des suggestions et de prendre des décisions, en reconnaissant et en appréciant les contributions de chacun et en permettant aux jeunes et aux adultes de travailler ensemble à la conception, au développement, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes (FHI, 2005). Pour que la méthode YAP réussisse, les adolescents et les adultes doivent travailler dans un climat de respect mutuel. Les adultes doivent avoir confiance dans la capacité des adolescents à prendre des décisions, reconnaître les atouts qui sont les leurs ainsi que la valeur de leur participation. Ils doivent être prêts à proposer aux adolescents une formation complémentaire si nécessaire. (Norman, J. Advocates for Youth, 2001).

**La participation des adolescents très vulnérables, y compris très jeunes, séparés de leurs familles, chefs de familles, associés aux forces et groupes armés, marginalisés ou handicapés, est particulièrement importante dans les situations de crise. Elle peut permettre de réduire les obstacles à l'accès aux informations, aux services de santé sexuelle et reproductive et garantir la satisfaction des besoins particuliers de ces groupes.**

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. Advocates for Youth. *Transitions*. Vol.14, No.1, Octobre, 2001. <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/transitions1401.pdf>.
2. Save the Children. *Partnership-Defined Quality for Youth: A Process Manual for Improving Reproductive Health Services Through Youth-Provider Collaboration*, Save the Children, 2008. [www.savethechildren.org](http://www.savethechildren.org).
3. OMS/UNFPA/UNICEF : *Santé et développement de l'adolescent : pour une programmation efficace : rapport d'un groupe d'étude OMS/UNFPA/UNICEF sur la programmation relative à la santé des adolescents*. OMS, 1999. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_886\\_fre\\_%28p1-p148%29.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_886_fre_%28p1-p148%29.pdf)
4. YouthNet, Family Health International. *Youth Participation Guide: Assessment, Planning and Implementation*. FHI, 2005. <http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/rhtrainmat/ypguide.htm>.



# Participation des communautés et des parents

## Principe :

Outre l'implication des organismes de mise en œuvre, du personnel de santé et des adolescents, les programmes de SSRA devront bénéficier de l'appui de la communauté locale, y compris des parents. En effet, pour produire des effets durables, un programme doit pouvoir induire des changements dans les connaissances, les compétences et les comportements des individus (adolescents, dans ce cas) mais aussi dans l'environnement social et structurel.<sup>25</sup> Même dans les situations d'urgence, les parents et membres de la communauté doivent être impliqués et consultés dès la phase de conception des programmes de SSRA.

Cette participation peut passer par plusieurs méthodes. Les modèles de participation des adolescents mentionnés dans l'outil de Participation des adolescents (PDQ-Y et YAP) mettent tous en avant le développement de partenariats adolescents-adultes. Tous peuvent être adaptés pour impliquer les parents et membres de la communauté dans l'identification des besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive, et le développement et la mise en œuvre de programmes visant à répondre à ces besoins.

Tiré du cadre conceptuel développé par l'IAWG sur l'implication de la communauté dans la santé reproductive des jeunes et la prévention contre le VIH, l'outil présenté ci-après est utilisable à l'occasion d'une rencontre avec les membres de la communauté, les parents, les adolescents et le personnel de santé, et ce à tous les stades de la situation d'urgence, même s'il sera probablement plus utile après stabilisation de l'urgence, au moment de planifier des services complets de santé reproductive.

Les méthodes appliquées peuvent intégrer des séances de réflexion, des réunions de groupes plus ou moins grands impliquant des séances plénières sous forme de discussions ou de débats. Dans la mesure où l'exercice consiste à identifier le moyen de promouvoir le soutien parental et communautaire pour les services et interventions de SSRA, les décisions devraient être prises le plus possible par voie de consensus.

Les étapes suivies au cours de cet exercice sont les suivantes.

**Etape 1 :** identification générale des problèmes de SSRA dans la communauté.

**Etape 2 :** à partir des résultats de l'Évaluation initiale rapide, de l'Analyse de la situation ou de l'Évaluation complète de la santé sexuelle et reproductive des

adolescents (suivant la phase de l'urgence), présentation de la situation de base en matière de SSRA dans la communauté et discussion des implications dans le problème de SSRA.

Quels facteurs parmi les adolescents, les parents, les services communautaires et sanitaires contribuent au(x) problème(s) de SSRA dans la communauté ?

**Etape 3 :** identification de l'objectif global du programme de SSRA.

Quels résultats souhaitez-vous obtenir au sein de la communauté en termes de SSRA ? Quels résultats souhaitez-vous obtenir en termes de soutien communautaire dans le domaine de la SSRA ? (Note : les objectifs peuvent aller au delà du champ d'intervention du programme que vous développerez.)

**Etape 4 :** identification des changements individuels, structurels et sociaux (résultats) que vous souhaitez obtenir suite à ce programme.

Individuels : quels sont les comportements et croyances en matière de SSRA que vous souhaitez voir ressortir chez les adolescents, les parents et les membres de la communauté comme résultante de ces processus ?

Structurels : quels changements souhaitez-vous voir au niveau des services de santé suite à la mise en place de ces processus ? Quels changements souhaitez-vous voir dans l'accessibilité des services ?

Sociaux : quels changements souhaitez-vous voir plus généralement suite à la mise en place de ces processus ? (changements au niveau des normes sociales, de l'égalité homme/femmes et générationnelle, de l'accessibilité à l'information, etc.)

**Etape 5 :** identification des interventions possibles pour : (1) sensibiliser la communauté au problème de SSRA et (2) promouvoir l'appui communautaire des interventions de SSRA.

Identification des interventions contribuant aux résultats souhaités (changements individuels, structurels et sociaux).

Intégration d'interventions impliquant une collaboration entre les adolescents, les membres de la communauté et les parents.

## Exemple de SSRA :

Le diagramme de la page suivante illustre le processus de consultation des parents, des membres de la communauté, du personnel de santé et des adolescents

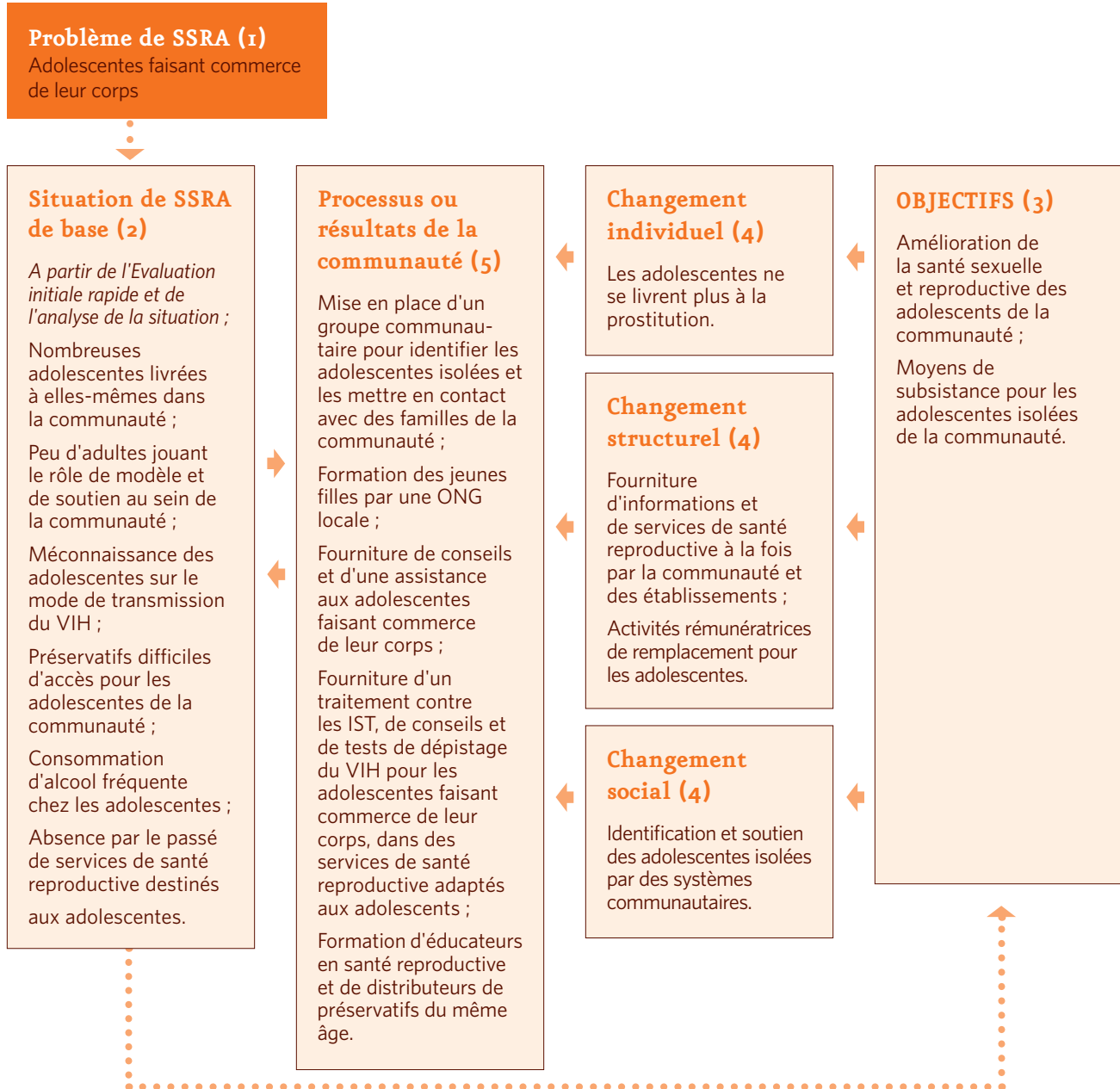
dans une communauté victime de conflits afin de développer une stratégie abordant le problème de la SSRA chez les adolescentes ayant recours à la prostitution.

La discussion avec les membres de la communauté et les adolescentes révèle que, séparées de leurs familles

à cause du conflit, ces adolescentes ont dû vendre leur corps pour survivre.

(Note : dans une situation réelle, ce diagramme devrait être étoffé afin d'aborder plusieurs problèmes de SSRA.)

FIGURE 3



**SUGGESTIONS DE LECTURE :**

1. IAWG sur le rôle de l'implication communautaire dans la SSRA. *Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Conceptual Framework and Suggested Outcome Indicators*, Décembre, 2007. [http://web.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/781\\_filename\\_iawg\\_ci.pdf](http://web.unfpa.org/upload/lib_pub_file/781_filename_iawg_ci.pdf)

# Points d'entrée de la santé reproductive dans les programmes existants destinés aux adolescents

## Principe :

Compte tenu des obstacles empêchant les adolescents d'accéder aux informations et services de santé reproductive, il convient de rechercher de nouveaux moyens de toucher les adolescents. Le tableau ci-après recense les programmes pour adolescents, non liés à la santé reproductive, éventuellement mis en place dans une communauté après stabilisation de l'urgence. Il propose

des points d'entrée utilisables pour proposer aux adolescents des informations sur la santé sexuelle et reproductive et les orienter vers les services dans ce domaine, qu'ils soient communautaires ou fournis dans un établissement. Ce tableau peut également s'avérer utile lors des réunions multisectorielles et de coordination de santé reproductive traitant des problèmes de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents.

Type de programme pour adolescents	Points d'entrée de la santé reproductive
<b>Ecoles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des pairs éducateurs proposent des séances d'éducation sur la santé reproductive dans les écoles et adaptées à l'âge ;</li> <li>▪ Du personnel de santé reproductive organise des séances de questions-réponses dans des salles de classe sur la santé reproductive à destination des adolescents plus âgés ;</li> <li>▪ Des professeurs ou infirmières scolaires sont formés à l'application des programmes de santé, avec une spécialisation sur la puberté et la menstruation, le genre et la sexualité, le planning familial, la prévention contre le VIH, les violences basées sur le genre et l'autonomie fonctionnelle adaptée à l'âge et comprenant l'identification de valeurs, la compréhension des conséquences de ses actes (pour les jeunes adolescents), la négociation des relations sexuelles et de l'utilisation des préservatifs (pour les adolescents plus âgés) ;</li> <li>▪ Des professeurs et pairs éducateurs proposent aux adolescents des séances d'orientation en matière de santé reproductive avec des méthodes telles que l'approche de la boîte aux lettres (Cf. fiche d'information sur le planning familial) ;</li> <li>▪ Des professeurs sont formés à l'identification des adolescents vulnérables et au développement d'un système pour les mettre en relation avec les services de SSRA ;</li> <li>▪ Des professeurs ou infirmières scolaires jouent le rôle de distributeurs communautaires de préservatifs et de contraceptifs (comme les pilules contraceptives orales). Des professeurs distribuent des protections hygiéniques.</li> </ul>
<b>Clubs et centres pour adolescents (artistiques, sportifs, religieux)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Appuyer les troupes de théâtre et groupes de musique dans la diffusion d'informations précises de SSRA, y compris sur les services disponibles. Organiser des représentations lors des événements communautaires.</li> <li>▪ Inviter les conseillers à organiser des séances d'informations sur la SSRA avant chaque manifestation sportive pour adolescents.</li> <li>▪ Former les entraîneurs sportifs à proposer et intégrer des informations sur la SSRA lors des séances d'entraînement.</li> </ul>

Suite ►

Type de programme pour adolescents	Points d'entrée de la santé reproductive
<p><b>Clubs et centres pour adolescents (artistiques, sportifs, religieux) (suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demander aux leaders de groupes de prévoir un espace privé dans leurs locaux de réunion pour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proposer des conseils sur le VIH et un dépistage à l'occasion des activités des programmes pour adolescents ;</li> <li>▪ Prévoir des services sanitaires / de santé reproductive lors des activités et rassemblements d'adolescents ;</li> <li>▪ Inviter les adolescents distributeurs de contraceptifs aux activités de groupes.</li> </ul> </li> <li>▪ Proposer des conseils sur le VIH lors des réunions ou rassemblements d'adolescents (UNIQUEMENT si le dépistage est possible sur site ou dans un établissement)</li> <li>▪ Etablir des points de distribution de préservatifs.</li> </ul>
<p><b>Programme de formation professionnelle/de développement des compétences, programmes de formation informels pour adolescents déscolarisés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aidé par des conseillers pairs, organiser des séances mensuelles de « Conversations entre jeunes » sur les problèmes de SSRA pour les adolescents déscolarisés.</li> <li>▪ Travailler avec des responsables de programmes pour mettre en place un système d'accès aux informations et services de santé reproductive pour les adolescents vulnérables.</li> </ul>
<p><b>Programmes de désarmement, de démobilisation et de réintégration (DDR)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Former des mentors adultes pour le conseil sur le VIH. Mettre en relation les forces et groupes armés avec les services de conseil et dépistage du VIH et les services de soins et de traitement (y compris la PTME) pour les adolescents séropositifs (filles et garçons).</li> <li>▪ Travailler avec les forces et groupes armés et les adolescents des programmes de désarmement, de démobilisation et de réintégration pour identifier des pairs qui n'ont pas été intégrés à un programme de désarmement, de démobilisation et de réintégration (notamment des jeunes filles et adolescents plus âgés) et identifier des moyens de les faire accéder aux programmes de formation à l'autonomie fonctionnelle et à la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'aux services de santé sexuelle et reproductive</li> <li>▪ Travailler avec des mentors et responsables de programmes pour mettre en place un système d'accès aux services de santé reproductive destinés aux adolescents vulnérables.</li> <li>▪ Les communautés d'accueil devraient se préparer à recevoir les enfants et adolescents par une sensibilisation et une formation, en prêtant particulièrement attention aux mythes qui circulent parfois au sein des communautés sur les adolescents revenus au pays (histoires de taux réels ou supposés de prévalence du VIH parmi les enfants) pouvant donner lieu à une stigmatisation ou à une discrimination.</li> <li>▪ Proposer une formation sur la santé sexuelle et reproductive et l'autonomie fonctionnelle aux garçons et filles démobilisés, y compris la prévention contre le VIH, les violences basées sur le genre, le planning familial, le genre et la sexualité, la négociation des rapports sexuels et de l'utilisation des préservatifs.</li> </ul>
<p><b>Médias et communication</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aider les adolescents à créer et diffuser des « spots » et programmes radio pour adolescents, fournissant des informations sur la santé sexuelle et reproductive et informant les adolescents sur les services disponibles et les lieux de consultation.</li> <li>▪ Avec l'aide des adolescents, publier une newsletter ou un journal traitant des problèmes de SSRA.</li> </ul>

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. African Youth Alliance (alliance pour la jeunesse africaine). *Reaching Out-of-School Youth with Life-Planning Skills Education: The African Youth Alliance's Behavior Change Communication Efforts in Arusha, Tanzania*. Dar es Salaam, Tanzanie: PATH, 2005. [http://www.path.org/files/AH\\_aya\\_chawakua.pdf](http://www.path.org/files/AH_aya_chawakua.pdf).
2. Family Health International. *YouthNet Brief: Zambia, Peer Educators bring RH / HIV messages to the Classroom in Zambia*. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/eajhaq5ugapy4qb5a2slwmykuejfnbofa3vrj3g-fe2mlzd3yhhoapnj5ekm5zgowyny2wtuyfpzoa/Zambiaclassroompeeredenyt.pdf>.
3. INEE Gender Task Team (équipe de travail sur le genre du Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence). *Gender Strategies in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction Contexts*. « Gender Responsive School Sanitation and Hygiene, » [www.ineesite.org/uploads/documents/store/doc\\_1\\_58\\_Gender\\_Strategies\\_in\\_Emergencies.WT2.doc](http://www.ineesite.org/uploads/documents/store/doc_1_58_Gender_Strategies_in_Emergencies.WT2.doc).
4. Specht, I. « *Children and DDR*. » *Seen, but not Heard: Placing Children and Youth on the Security Governance Agenda*. Ed. Nosworthy, D. , Zurich: LitVerlag GmbH &Co., 2009. pp. 191-217. <http://se2.dcaf.ch/serviceengine/FileContent?serviceID=21&fileid=A24C89E1-6860-7370-A2F3-97D908B23F29&lng=en>.
5. Nations Unies. *Normes intégrées de désarmement, démobilisation et réintégration*. Module 5.20 : « Les jeunes et la DDR », 2006. [http://www.unddr.org/iddrs/05/download/IDDRS\\_520.pdf](http://www.unddr.org/iddrs/05/download/IDDRS_520.pdf) (en anglais).
6. Nations Unies. *Normes intégrées de désarmement, démobilisation et réintégration*. Module 5.30 : « Les enfants et la DDR », 2006. [http://www.unddr.org/iddrs/05/download/IDDRS\\_530.pdf](http://www.unddr.org/iddrs/05/download/IDDRS_530.pdf) (en anglais).
7. OMS, UNFPA, HCR : *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés*. Chapitre 4 : « Santé reproductive des adolescents. » 2009.

# Outils d'évaluation



## Evaluation de la santé sexuelle et reproductive des adolescents

**Lors d'une crise humanitaire**, il importe de comprendre la situation des adolescents des deux sexes en matière de santé sexuelle et reproductive afin de développer un plan répondant à leurs besoins particuliers. Les informations sur les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive sont recueillies par le biais d'évaluations effectuées pendant une situation d'urgence.

Réalisée pendant les 72 premières heures de la phase aiguë d'une crise, l'évaluation initiale rapide permet de recueillir des informations démographiques et d'identifier les problèmes vitaux à résoudre de toute urgence pour assurer le bien-être de la population bénéficiaire. Il convient de garder à l'esprit que le DMU est un ensemble d'interventions destiné à sauver des vies, mis en œuvre sans évaluation préalable. Le lancement du DMU ne doit en aucun cas être retardé par le délai d'attente des résultats d'une évaluation, y compris l'évaluation initiale rapide.

Après stabilisation, une analyse de la situation fournira des informations sur les besoins et services de base en matière de santé reproductive, permettant à l'organisme de hiérarchiser les interventions au démarrage des services complets de santé reproductive. Les analyses de la situation peuvent passer par plusieurs méthodes de recueil des données, notamment des données secondaires, des entretiens approfondis, des groupes de discussion (en séparant garçons et filles suivant les sensibilités culturelles), une cartographie de la communauté et des évaluations d'établissements.

Les évaluations complètes de santé reproductive sont rares en situation d'urgence, car elles prennent du temps et peuvent surcharger des ressources humaines et logistiques précieuses. Une fois la phase aiguë d'une urgence stabilisée, une évaluation complète des connaissances, croyances et comportements en matière de santé reproductive peut fournir des informations intéressantes pour créer un programme de santé sexuelle et reproductive adapté aux besoins des deux sexes parmi la population bénéficiaire.

## LA MISE EN ŒUVRE DU DMU RESTE LA PRIORITÉ ABSOLUE !

Les interventions de secours sont prioritaires lors de la phase aiguë d'une urgence ; c'est pourquoi le DMU sera toujours la première intervention de santé reproductive à être introduite. Le DMU ne devrait jamais être retardé sous prétexte d'attendre une évaluation ou une analyse des résultats.

### Aspects juridiques et éthiques des évaluations menées auprès des adolescents

Les adolescents ont droit au meilleur niveau possible de santé, y compris sexuelle et reproductive, pendant une situation d'urgence. Dans les situations d'urgence et stabilisées, il conviendra souvent de recueillir des informations sur les adolescents afin de comprendre leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive et de définir des programmes adaptés. Les adolescents devraient pouvoir enrichir la base de connaissances utilisée pour orienter les programmes dont ils bénéficient. Il convient toutefois de veiller à ne pas leur faire de tort ou à ne pas les mettre en danger sous prétexte de recueillir des données sur eux. Ceci s'avère particulièrement important pour la SSRA, qui peut être un sujet personnellement, culturellement ou politiquement sensible.

Le groupe d'examen scientifique et éthique de l'OMS (SERG) a défini des directives sur le recueil éthique de données auprès d'adolescents et présentées ci-après :

- Les parents et tuteurs ont la responsabilité juridique et éthique de protéger les adolescents très jeunes et dépendants et de leur fournir des soins préventifs et thérapeutiques. Si les résultats de l'évaluation sont destinés à conduire à une meilleure prise en charge préventive et thérapeutique des adolescents, les parents et tuteurs ne devraient pour autant pas s'opposer à leur participation au processus.
- Généralement, les parents et tuteurs n'ont pas le pouvoir légal de s'opposer aux décisions d'adolescents matures (compétents) souhaitant participer à une évaluation. D'un point de vue légal, les organismes ou individus procédant à des évaluations de santé sexuelle et reproductive ne violent aucune loi en faisant participer des adolescents sexuellement actifs

(ou sur le point de l'être) à des études lorsque ces derniers doivent en tirer plus de profits que de risques. Si les lois locales refusent, toutefois, tout pouvoir décisionnel aux adolescents en-dessous d'un certain âge (indépendamment de leurs compétences ou de leur maturité), cette loi doit alors être respectée.

- Questions d'ordre éthique à prendre en compte dans le cadre des travaux d'évaluation ou de recherche auprès d'adolescents.
  1. Les organismes effectuant des recherches ou évaluations auprès d'adolescents doivent s'assurer que :
    - l'objet de l'évaluation consiste à obtenir des informations liées aux besoins sanitaires des adolescents ;
    - les informations ne pouvaient pas être scientifiquement obtenues auprès d'adultes ;
    - le risque de l'évaluation est faible en regard du bénéfice attendu de l'information ;
    - les interventions introduites suite à l'évaluation profiteront directement aux adolescents et seront au moins aussi avantageuses que les alternatives disponibles.

Il convient de prendre des précautions particulières pour travailler avec de très jeunes adolescents, qui ne devraient être sollicités que si les informations fournies ne peuvent être obtenues auprès d'adolescents plus âgés.
  2. Sauf existence d'une loi stipulant le contraire, la participation à l'évaluation doit faire l'objet de l'accord de l'adolescent(e) seul(e). Si l'adolescent(e) est suffisamment mature pour comprendre l'objet de l'évaluation proposée et le niveau d'implication attendu, il/elle est suffisamment mature pour exprimer son consentement éclairé.
  3. La confidentialité doit toujours être respectée lorsque des recherches sont effectuées auprès d'adolescents.
  4. La confidentialité doit toujours être maintenue même lorsque les parents (ou les parents et adolescents) ont donné leur accord.
  5. Les institutions effectuant les évaluations auprès d'adolescents doivent être sensibles à leurs besoins et disposer du personnel et des installations appropriés pour s'occuper de ce groupe particulier.

6. Lorsque les chercheurs pensent qu'ils devront rapporter le comportement de l'adolescent(e) à des autorités, ils doivent en informer l'adolescent(e) avant de le/la faire participer à l'évaluation.

### Autres questions d'ordre éthique :

D'autres questions d'ordre éthique doivent être prises en compte :

#### • Accord

Avant de procéder à une évaluation, il convient d'obtenir les autorisations de l'organisme coordonnant l'intervention d'urgence (Cluster Santé par exemple), des autorités sanitaires, des autorités gouvernementales nationales et locales, des chefs de la communauté et des organisations partenaires.

#### • Sécurité

La sécurité de la population bénéficiaire et du personnel reste la première préoccupation. Une évaluation faisant courir un risque pour les participants ou l'équipe d'étude ne devrait pas être effectuée.

#### • Mécanismes de référence

L'évaluation dans son ensemble (ou des parties de celle-ci) ne devrait pas être effectuée en l'absence de services de référence appropriés. Par exemple, en l'absence de services médicaux et psychologiques, les questions relatives à une agression sexuelle ne doivent pas être posées à un(e) participant(e) révélant qu'il/elle a été victime d'une agression sexuelle.

#### • Consentement éclairé

Chaque individu impliqué dans l'évaluation doit donner son consentement éclairé, en étant pleinement informé de l'objet de l'évaluation, des méthodes utilisées, de la nature des questions posées et des risques et avantages liés à sa participation.

#### • Participation

La participation à une évaluation repose sur le volontariat. Un individu a le droit de refuser de participer et peut se retirer de l'étude à tout moment. Il/elle peut choisir de ne pas répondre à une question sans avoir à subir de pressions de la part de l'enquêteur. Les individus ou l'organisme responsables de l'évaluation doivent respecter la volonté du/de la participant(e) s'il/si elle décide de ne pas participer.

#### • Vie privée

Les données doivent être recueillies dans un local garantissant le respect de la vie privée (d'un point de vue visuel et sonore), dans lequel l'adolescent(e) se sent à l'aise pour répondre librement aux questions. Aucun adulte ou adolescent(e) plus âgé(e) ne doit entrer dans la salle pendant l'entretien. Un(e) participant(e) s'occupant d'un très jeune enfant pourra le garder dans la pièce pendant l'entretien mais il est préférable de trouver d'autres solutions de garde si possible.

#### • Confidentialité

L'équipe d'évaluation doit préserver la confidentialité des participants à tout moment pendant, avant et après l'évaluation. Les membres de l'équipe d'étude ont l'interdiction de discuter de l'évaluation sauf avec leur responsable s'ils ont besoin de clarifications. L'identité des participants doit être tue et ne doit pas être reliée aux réponses fournies. Les réponses des participants ne doivent en aucun cas faire l'objet de discussions, avec qui que ce soit, hormis le responsable de l'étude aux fins de clarifications. Les questionnaires éventuellement utilisés ne doivent pas comporter d'informations permettant d'identifier les participants. Ils doivent être conservés dans une armoire fermée à clé. S'il s'avère que les questionnaires risquent, par la suite, de mettre en danger les participants ou le personnel, ceux-ci doivent être détruits sitôt les données analysées.

#### • Comités d'éthique

Les organismes, institutions et gouvernements peuvent disposer de comités d'éthique, chargés d'approuver, de surveiller et de contrôler les recherches effectuées sur des sujets humains. Préalablement à toute évaluation, les prescriptions de l'organisme, du gouvernement et des institutions de financement doivent être étudiées pour en assurer le respect par les comités d'éthique.



## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. RHRC. *Monitoring and Evaluation Toolkit*. 2004.  
<http://rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm>.
2. Groupe d'examen scientifique et éthique de l'OMS (SERG). *Guidelines for Conducting Research on Reproductive Health Involving Adolescents*.  
[http://www.who.int/reproductive-health/hrp/guidelines\\_adolescent.html](http://www.who.int/reproductive-health/hrp/guidelines_adolescent.html).

# Evaluation initiale rapide de la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations d'urgence

Une évaluation initiale rapide est effectuée au cours des 72 premières heures d'une situation d'urgence, permettant ainsi de recueillir des informations démographiques cruciales et d'identifier les problèmes clés à traiter immédiatement au sein de la population ciblée. Les évaluations initiales rapides concernent généralement les problèmes liés à l'hébergement, la nourriture, l'eau et l'assainissement, la santé et la nutrition des enfants de moins de cinq ans sans oublier la protection au sein de la population touchée.

Les données initiales de base servent également à identifier les besoins en santé sexuelle et reproductive et les facteurs de risque chez les adolescents. Le formulaire suivant fournit des indicateurs clés, utilisables pour recueillir des informations sur la SSRA, pendant la phase aiguë d'une situation d'urgence, en complément de l'évaluation initiale rapide santé, nutrition et WASH (eau, assainissement et hygiène), à adapter suivant le contexte de la crise. Des informations plus détaillées seront recueillies par la suite, au moyen d'une analyse de la situation et/ou d'une évaluation complète de la santé reproductive.

## NOTE SUR CET OUTIL :

Les données recueillies grâce à cet outil ne peuvent être utilisées seules !

Cet outil doit compléter l'Evaluation initiale rapide développée par les clusters santé, nutrition et WASH de l'ASC, qui ne propose pas d'informations précises sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Les données doivent être analysées au moment des résultats de l'évaluation initiale rapide pour tirer des conclusions sur les besoins immédiats des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive.

Comité permanent interorganisations. *Initial Rapid Assessment (IRA) : Guidance notes*. 2009.

<http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=75>

Evaluation initiale rapide de la santé sexuelle et reproductive des adolescents (données complémentaires)			
Nombre d'adolescents (entre 10 et 14 ans) par sexe	Filles		Garçons
Nombre d'adolescents (entre 15 et 19 ans) par sexe	Filles		Garçons
Nombre d'adolescents seuls par sexe	Filles		Garçons
Nombre d'adolescents chefs de famille par sexe et par âge	Filles		Garçons
Nombre de filles enceintes de moins de 16 ans et entre 16 et 19 ans	< 16 ans		Entre 16 et 19 ans
Nombre de filles mariées de moins de 18 ans			
Existe-t-il des lois nationales ou locales susceptibles de limiter l'accès des adolescents aux services de santé reproductive ?	Oui	Non	Commentaires
Des services de santé sexuelle et reproductive sexospécifiques, adaptés aux adolescents, sont-ils proposés au sein de la communauté ? (Si oui, préciser le lieu)	Oui	Non	Commentaires
Des services de santé mentale et d'aide psychosociale sexospécifiques, adaptés aux adolescents, sont-ils actuellement proposés ?	Oui	Non	Commentaires
Des installations sanitaires hommes/femmes sont-elles prévues dans des locaux bien éclairés ?	Oui	Non	Commentaires
Les installations sanitaires ont-elles des portes verrouillables de l'intérieur ?	Oui	Non	Commentaires
Identifier des sites de distribution de préservatifs adaptés aux adolescents (préciser le(s) site(s))			
Recenser les organisations ou groupes d'adolescents actifs dans la communauté			

# Analyse de la situation chez les adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive en situations d'urgence

Lorsque la situation d'urgence est stabilisée, une analyse de celle-ci fournira des informations sur le niveau de base des besoins des adolescents et des services fournis en matière de santé reproductive, permettant à l'organisme de hiérarchiser les interventions au démarrage des services complets de santé reproductive. Les analyses de la situation peuvent passer par plusieurs méthodes de recueil des données, notamment des données secondaires, des entretiens approfondis, des groupes de discussion, une cartographie de la communauté et des évaluations d'établissements.

Comme indiqué au début de cette section, des considérations éthiques doivent être prises en compte dans le cadre de l'analyse de la situation. A défaut, il n'est pas souhaitable de procéder à l'analyse.

## Exemple : groupes de discussion

Les groupes de discussion supposent une planification et une préparation importantes. Il importe de bien choisir les participants, qui doivent être du même âge et du même sexe, avoir un niveau comparable d'éducation, parler la même langue et appartenir au même milieu socio-économique. Les discussions organisées dans le cadre d'une évaluation pour un programme de SSRA, par exemple, peuvent se dérouler au sein de groupes séparés d'adolescents, d'adolescentes non mariées, d'adolescentes mariées, de forces et groupes armés, de garçons livrés à eux-mêmes, etc. Le nombre idéal de participants par groupe de discussion doit être compris entre 8 et 10 personnes. Outre les participants, le groupe de discussion

doit compter un animateur chargé de poser les questions et d'animer la rencontre, et un rédacteur chargé de documenter les débats. Les participants, l'animateur et le rédacteur doivent s'asseoir en cercle pour encourager une participation égale et empêcher toute domination d'un individu sur les autres.

L'objet de la discussion doit être préalablement défini et un guide de questions développé. Le nombre idéal de questions posées dans un groupe de discussion est compris entre 10 et 12. Il convient de prévoir du temps pour poser les questions et permettre une discussion approfondie. Si le temps fait défaut ou s'il y a trop de questions, les informations obtenues pourraient s'avérer superficielles et peu intéressantes pour le programme. En général, au minimum deux discussions doivent être organisées avec chaque groupe, en ajoutant des participants supplémentaires dans chacun d'eux jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'informations nouvelles.

*(D'autres directives de sélection des participants, d'organisation des groupes de discussion et d'analyse des données sont proposées dans les « Suggestions de lecture » en fin de section.)*

Le tableau suivant propose différents types de questions à poser aux parties prenantes dans les groupes de discussion afin de recueillir des informations sur les besoins et pratiques de santé reproductive des adolescents. Pour chaque groupe, les responsables de programmes doivent choisir un maximum de 10 à 12 questions tout en les adaptant à leur contexte.

Questions sur l'analyse de la situation chez les adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive en situations d'urgence				
	Adolescents	Parents	Chefs de communauté	Personnel de santé
<b>Connaissances, attitudes et comportements des adolescents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les adolescents dans la communauté ont-ils des relations sexuelles ? Si oui, à quel âge les garçons commencent-ils ? Et les filles ? Y a-t-il eu un changement depuis le début de l'urgence ? Qui sont leurs partenaires ? Leurs partenaires ont-ils évolué depuis le début de l'urgence ?</li> <li>Comment peut-on éviter de tomber enceinte ? Quels sont les moyens modernes à disposition ? Existe-t-il des méthodes traditionnelles ?</li> <li>Une fille peut-elle tomber enceinte la première fois ? Peut-elle tomber enceinte si elle n'a eu qu'un seul rapport sexuel ?</li> <li>Connaissez-vous les infections possibles d'être contractées lors de relations sexuelles ? De quel type sont-elles ? Existe-t-il une solution que les adolescent(e)s peuvent utiliser pour éviter ces infections ?</li> <li>Avez-vous entendu parler du SIDA ? Y croyez-vous ? Que peut-on faire pour se protéger ?</li> <li>Des préservatifs sont-ils mis à la disposition des adolescents actifs sexuellement ? Si oui, où ? Les adolescents les utilisent-ils ? Les filles ? Les garçons ? Si non, pourquoi ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quels membres de la famille ou adultes les adolescents peuvent-ils consulter pour demander de l'aide ou un conseil ?</li> <li>Comment aborderiez-vous les problèmes de santé sexuelle et reproductive (puberté, menstruations, relations sexuelles et maternité) avec vos enfants ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle est l'attitude de la communauté vis-à-vis des programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents mis en œuvre actuellement ou par le passé ?</li> <li>Quel est l'âge moyen du mariage pour les filles dans la communauté ? Pour les garçons ? Note-t-on une différence depuis le début de l'urgence ? Quelles sont les raisons du mariage ? Ont-elles changé depuis le début de l'urgence ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Où les adolescents de la communauté se procurent-ils un traitement contre les IST ? Une contraception ? Des soins prénatals ? Des soins à l'accouchement ? En cas de grossesse non désirée ?</li> <li>Que faites-vous lorsqu'un(e) adolescent(e) non marié(e) se présente avec une IST ? Pour des conseils et un dépistage du VIH ? Pour une contraception ? Pour des soins prénatals ? Pour des soins à l'accouchement ? Pour une grossesse non désirée ? Après une agression sexuelle ?</li> <li>Comment qualifieriez-vous les connaissances des adolescents sur la bonne utilisation du préservatif ?</li> <li>Comment vous occupez-vous d'un(e) adolescent(e) marié(e) qui se présente dans l'établissement pour des services de santé sexuelle et reproductive ?</li> </ul>

Suite ▶

Questions sur l'analyse de la situation chez les adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive en situations d'urgence

Adolescents	Parents	Chefs de communauté	Personnel de santé
<p><b>Risques pour les adolescents</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les pratiques sexuelles des adolescents dans la communauté ? Quels types de relations sexuelles sont les plus à risque ? Pourquoi ?</li> <li>• Quelles sont les raisons pour lesquelles les adolescents ont des relations sexuelles ? Certains types de partenaires sont-ils plus à risque pour les adolescents ? Pourquoi ?</li> <li>• Connaissiez-vous des adolescents, filles ou garçons, qui ont eu des relations sexuelles en échange d'argent, d'une protection ou de nourriture ? Avec qui ont-ils des relations sexuelles ? Que savez-vous et que pensez-vous de ce type de situation ? Y a-t-il une différence depuis le début de l'urgence ?</li> <li>• Certains de vos amis ont-ils eu des relations avec un(e) prostitué(e) ? Si oui, combien ? (quelques-uns, beaucoup, la plupart, tous).</li> <li>• Connaissiez-vous des filles/garçons à qui des relations sexuelles ont été imposées (par un soldat, un professeur, un adulte en position d'autorité) ? Y a-t-il une différence depuis le début de l'urgence ?</li> <li>• Qu'est-ce qu'un viol d'après vous ? Si une fille ou un garçon se faisait violer ici, en parlerait-il/elle à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Si non, pourquoi ? Irrait-il/elle demander de l'aide à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Si non, pourquoi ?</li> <li>• Y a-t-il des garçons qui ont des relations sexuelles avec d'autres garçons ?</li> <li>• Quelles sont les influences qui peuvent conduire les adolescentes de la communauté à tomber enceintes ?</li> <li>• Quelles sont les influences qui les empêchent de tomber enceintes ?</li> <li>• Les garçons/filles ont-ils peur d'attraper le SIDA ? Pensez-vous que les adolescents de la communauté sont susceptibles d'attraper le virus du SIDA ? Pourquoi ou pourquoi pas ?</li> <li>• Pensez-vous que les adolescents de la communauté sont susceptibles d'attraper des IST ? Pourquoi ou pourquoi pas ?</li> <li>• Consommez-vous du tabac, des drogues ou de l'alcool ? Si oui, où ? Avec qui ? Comment ? (drogues fumées, inhalées, mâchées, injectées, absorption de pilules).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que peut-on faire pour réduire le nombre d'adolescentes enceintes ?</li> <li>• Les adolescents de la communauté sont-ils susceptibles de contracter des IST ou le VIH ? Pourquoi ou pourquoi pas ?</li> <li>• Quels types de rites traditionnels de passage ou de cérémonies sont pratiqués dans la communauté ? (mutilations génitales féminines, mariage forcé, lévirat, etc.) Exposent-ils les adolescents à des risques ? Pourquoi ou pourquoi pas ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les adolescents de la communauté sont-ils susceptibles de contracter des IST ou le VIH ?</li> <li>• Sont-ils exposés au risque de grossesse ? Pourquoi ou pourquoi pas ?</li> <li>• Comment les adolescents de la communauté résolvent-ils les conflits ?</li> <li>• Quel est l'âge moyen du mariage pour les garçons et filles de la communauté ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est l'âge moyen de la première naissance au sein de la communauté ?</li> <li>• Quels types de rites traditionnels de passage ou de cérémonies sont pratiqués dans la communauté ? (mutilations génitales féminines, mariage forcé, enlèvement, lévirat, etc.)</li> <li>• Quels en sont les impacts sanitaires ?</li> </ul>

Questions sur l'analyse de la situation chez les adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive en situations d'urgence				
Adolescents	Parents	Chefs de communauté	Personnel de santé	
<p><b>Accessibilité et disponibilité des informations et services de SSRA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous aviez une question sur la santé reproductive ou sexuelle, que feriez-vous ? En parleriez-vous à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Si non, pourquoi ?</li> <li>• Si vous aviez un problème de santé reproductive ou sexuelle, que feriez-vous ? Iriez-vous voir quelqu'un ? Si oui, qui ? Si non, pourquoi ?</li> <li>• Où vous procureriez-vous des contraceptifs si vous en aviez besoin ? D'autres idées ? Sont-ils payants ? Est-il difficile ou facile d'obtenir des contraceptifs ?</li> <li>• Les filles tombent parfois enceintes sans le vouloir. Que font-elles dans ce cas-là ? Quels sont les moyens modernes à disposition ? Quelles sont les solutions traditionnelles ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Où les adolescents peuvent-ils trouver des informations sur la santé sexuelle et reproductive ? Où pensez-vous qu'ils devraient trouver ces informations ?</li> <li>• Où les adolescents peuvent-ils se présenter pour obtenir des services de santé sexuelle et reproductive, y compris pour des services de planning familial ?</li> <li>• Que pensez-vous de l'accès des adolescents aux contraceptifs et préservatifs ?</li> <li>• Pour quelles raisons les adolescents n'iraient-ils pas demander des soins pour des problèmes de santé sexuelle et reproductive ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Où les adolescents peuvent-ils trouver des informations et services de santé reproductive, y compris pour le planning familial ?</li> <li>• Où pensez-vous que les adolescents devraient trouver des informations sur la santé sexuelle et reproductive ?</li> <li>• Les adolescents ont-ils accès à la contraception et aux préservatifs ? Qu'en pensez-vous ?</li> <li>• Pour quelles raisons les adolescents n'iraient-ils pas demander des soins pour des problèmes de santé sexuelle et reproductive ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment faudrait-il répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des adolescents de la communauté ?</li> <li>• Quels programmes sanitaires ou opportunités ont été créés pour toucher les adolescents ? Par qui ?</li> <li>• Pour quelles raisons les adolescents n'iraient-ils pas demander des soins pour des problèmes de santé sexuelle et reproductive ?</li> </ul>	

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. FHI. « Focus Group Guide ». *HIV Rapid Assessment Guide*. p. 47, 2001. <http://www.fhi.org/en/HIV/AIDS/pub/guide/RapidAssessmentGuide/index.htm>.
2. RHRC. *Monitoring and Evaluation Toolkit*. RHRC, 2004. [http://rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm\[b1\]](http://rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm[b1]).

# Evaluation complète de la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations d'urgence

Nécessitant beaucoup de temps et de ressources logistiques et humaines, les évaluations complètes de santé sexuelle et reproductives peuvent fournir des informations précieuses sur les connaissances, croyances et comportements des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive, utilisables pour élaborer des programmes. Les évaluations complètes de santé sexuelle et reproductive devraient être effectuées après stabilisation de la situation d'urgence.

Lors d'une évaluation complète de santé sexuelle et reproductive, il convient de garder à l'esprit les problèmes éthiques mentionnés en introduction à cette section. S'ils ne peuvent être suivis, il n'est pas souhaitable de procéder à l'analyse.

Proposées en complément de la *Boîte à outils d'évaluation de la santé génésique des femmes touchées par un conflit* du CDC, les questions suivantes sont utilisables pour recueillir des informations sur les connaissances et attitudes des adolescents concernant les services de santé reproductive, leur utilisation des services et leurs comportements sexuels. Au moment d'intégrer les services de SSRA à un package complet de santé reproductive, ces indicateurs peuvent servir de base aux programmes et à l'évaluation de l'évolution de la situation au fil du temps.

## NOTE SUR CET OUTIL

Les données recueillies grâce à cet outil ne peuvent être utilisées seules !

Il a été conçu en complément de la *Boîte à outils d'évaluation de la santé génésique des femmes touchées par un conflit* du CDC, en tant qu'outil d'évaluation de la santé reproductive le plus utilisé en situations de crise, toutefois sans intégrer d'informations propres à la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Les questions associées à cet outil doivent être posées avec les questions de la *Boîte à outils* du CDC, et les données doivent être analysées conjointement pour tirer des conclusions sur les connaissances et attitudes des adolescents concernant les services de santé sexuelle et reproductive, leur utilisation des services et leurs comportements sexuels. Noter que les questions s'adressent aussi bien aux garçons qu'aux filles de 15 ans et plus.

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. CDC, USAID. *Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women*, 2007.  
<http://www.cdc.gov/ReproductiveHealth/Refugee/ToolkitDownload.htm>
2. Schenk K and Williamson J. *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings: Guidelines and Resources*, Population Council, 2005.  
<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf>.

## Partie I Services de SSRA : Connaissances, attitudes et utilisation

Ces questions peuvent être posées après la Section 1 : caractéristiques des antécédents de la Boîte à outils du CDC

N°	Questions	Codes	Passer à :
Q101	Existe-t-il un endroit dans votre communauté où les jeunes comme vous peuvent se rendre pour discuter et en savoir plus sur les relations sexuelles, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA, etc. ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	→ Q103 → Q103 → Q103
Q102	Quels types de services de santé sexuelle et reproductive sont proposés aux adolescents ? <i>Entourer toutes les propositions 1 = mentionné 2 = non mentionné</i>	Education et conseils sur la santé sexuelle et reproductive 1 2 Service de conseil et de dépistage volontaire pour le VIH 1 2 Services de soins pour fausse couche/avortement 1 2 Services de planning familial 1 2 Traitement et conseils sur les IST 1 2 Soins pendant la grossesse et l'accouchement 1 2 Santé mentale et aide psychosociale 1 2 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	
Q103	Vous êtes-vous déjà rendu(e) dans un établissement de santé ou autre pour demander des services de santé sexuelle et reproductive au cours de l'année écoulée ?	Oui 1 Non 2 J'ai voulu mais les services/le centre n'étai(en)t pas disponible(s)/accessible(s) 3 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	→ Q110 → Q110 → Q110 → Q110
Q104	Vous êtes-vous déjà rendu(e) dans un établissement de santé ou autre pour demander des services de santé sexuelle et reproductive au cours des trois derniers mois ?	Oui 1 Non 2 J'ai voulu mais les services/le centre n'étai(en)t pas disponible(s)/accessible(s) 3 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	→ Q110 → Q110 → Q110 → Q110

Suite ▶



◀ Suite

N°	Questions	Codes	Passer à :
Q105	<p>Pour quelle raison vous êtes-vous rendu(e) pour la dernière fois dans un établissement de santé à des fins de services de santé sexuelle et reproductive ?</p> <p><i>Entourer toutes les propositions 1 = mentionné 2 = non mentionné</i></p>	<p>Education et conseils sur la santé sexuelle et reproductive 1 2</p> <p>Service de conseil et de dépistage volontaire pour le VIH 1 2</p> <p>Services de soins pour fausse couche/avortement 1 2</p> <p>Services de planning familial 1 2</p> <p>Traitement et conseils sur les IST 1 2</p> <p>Soins pendant la grossesse et l'accouchement 1 2</p> <p>Vaccination 1 2</p> <p>Recherche de préservatifs 1 2</p> <p>Santé mentale et aide psychosociale 1 2</p> <p>Autre (préciser) _____ 1 2</p> <p>Pas de réponse 88</p> <p>Ne sait pas 99</p>	
Q106	<p>Retourneriez-vous dans cet établissement de santé ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>Pas de réponse 88</p> <p>Ne sait pas 99</p>	<p>→ Q108</p> <p>→ Q108</p> <p>→ Q108</p>
Q107	<p>Pour quelle raison n'y retourneriez-vous pas ?</p> <p><i>Entourer toutes les propositions 1 = mentionné 2 = non mentionné</i></p>	<p>Prend trop de temps 1 2</p> <p>Trop difficile d'accès 1 2</p> <p>Coûte trop cher 1 2</p> <p>Trop embarrassant 1 2</p> <p>Pas assez d'intimité 1 2</p> <p>Le personnel n'est pas aimable 1 2</p> <p>Pas de personnel du même sexe 1 2</p> <p>Autre (préciser) _____ 1 2</p> <p>Pas de réponse 88</p> <p>Ne sait pas 99</p>	
Q108	<p>Qui avez-vous vu dans l'établissement de santé la dernière fois que vous vous y êtes rendu(e) ?</p> <p><i>Entourer toutes les propositions 1 = mentionné 2 = non mentionné</i></p>	<p>Un docteur 1 2</p> <p>Une infirmière 1 2</p> <p>Une aide médicale 1 2</p> <p>Un pair éducateur/conseiller 1 2</p> <p>Autre (préciser) _____ 1 2</p> <p>Pas de réponse 88</p> <p>Ne sait pas 99</p>	

Suite ▶

◀ Suite

N°	Questions	Codes	Passer à :
Q109	Le prestataire était-il ? [Lire toutes les réponses, plusieurs sont possibles. Entourer toutes les réponses données]	Compétent et qualifié 1 Amical et poli 2 A l'écoute de vous et de vos problèmes 3 Communique bien 4 Respectueux 5 Soucieux de votre intimité 6 Honnête et direct 7 A l'écoute 8 Capable de vous aider 9 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	<b>Passer à la section suivante</b>
Q110	Vous rendriez-vous facilement dans un établissement de santé dans votre secteur pour des services de santé sexuelle et reproductive ?	Oui 1 Non 2	<b>Passer à la section suivante</b>
Q111	Pourquoi ne vous rendriez-vous pas facilement dans un établissement de santé dans votre secteur pour des services de santé sexuelle et reproductive ? <i>Entourer toutes les propositions 1 = mentionné 2 = non mentionné</i>	Non confidentiel 1 2 Trop embarrassant 1 2 Le personnel n'est pas aimable 1 2 Coûte trop cher 1 2 Autre (préciser) _____ 1 2 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	

## Partie II Comportements sexuels des adolescents

Ces questions peuvent être posées conjointement avec la Section 5 : Antécédents sexuels de la Boîte à outils du CDC

N°	Questions	Codes	Passer à :
Q201	Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	→ Q203
Q202	A quel âge voudriez-vous avoir votre première relation sexuelle ?	Age en années _____ Après le mariage 77 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	<b>Passer à la section suivante</b>
Q203	A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?	Age en années _____ Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	

Suite ▶

◀ Suite

N°	Questions	Codes	Passer à :
Q204	Quel âge avait votre premier partenaire sexuel ?	Age en années_____ Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	
Q205	En réfléchissant à votre premier rapport sexuel, quelle affirmation décrirait le mieux votre expérience ? [L'interviewer doit lire chaque affirmation et entourer Oui (1) ou non (2). Plusieurs réponses sont possibles]	J'en avais envie 1 2 J'ai été persuadé(e) 1 2 J'ai été piégé(e) 1 2 J'ai été forcé(e) 1 2 J'ai été violé(e) 1 2 J'ai été contraint(e) (en échange d'argent, de nourriture, de vêtements, de cadeaux) 1 2 Cela faisait partie de mon travail 1 2 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	
Q206	Avez-vous reçu quelque chose (argent, nourriture, cadeaux, etc.) en échange de relations sexuelles ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	
Q207	Avez-vous déjà eu des rapports sexuels alors qu'on vous forçait, qu'on vous faisait mal ou qu'on vous menaçait ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	
Q208	Avec combien de personnes avez-vous eu des relations sexuelles dans votre vie ?	Nombre_____ Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	
Q209	Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des trois derniers mois ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	→ Passer à la section suivante → Passer à la section suivante → Passer à la section suivante
Q210	Avec combien de personnes avez-vous eu des rapports sexuels ces trois derniers mois ?	Nombre_____ Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	
Q211	Réfléchissez à votre dernier(ère) partenaire des trois derniers mois. Combien de temps la relation a-t-elle duré ? [Si elle a duré moins d'un mois, noter le nombre de jours ; si elle a duré plus d'un an, indiquer le nombre de mois correspondant]	Mois_____ Jours_____ Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	

Suite ▶



◀ Suite

N°	Questions	Codes	Passer à :
Q2I2	Réfléchissez à votre dernier(ère) partenaire des trois derniers mois, comment le/la décrieriez-vous ?	Petit(e) ami(e) (partenaire régulier) 1 Epoux(se) 2 Partenaire occasionnel 3 Employeur 4 Fiancé(e) 5 Prostitué(e) 6 Autre_____	
Q2I3	Si vous réfléchissez à votre dernier(ère) partenaire des trois derniers mois, quel âge avait-il/elle ?	Age____ Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	
Q2I4	Vous ou votre partenaire avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	
Q2I5	Avec quelle fréquence avez-vous, vous et vos partenaires, utilisé un préservatif ces trois derniers mois ?	A chaque fois 1 Presque à chaque fois 2 Parfois 3 Jamais 4 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	
Q2I6	Avez-vous déjà parlé de planning familial avec votre partenaire ou époux(se) ces trois derniers mois ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 88 Ne sait pas 99	

# Outils pour établissements



## Evaluation HEADSSS

**Le personnel de santé** peut se sentir dépassé par le travail à effectuer auprès d'un(e) adolescent(e) au sein de l'établissement de santé, par manque de préparation à répondre aux besoins sociaux et émotionnels que formule l'adolescent(e) en question. La communication directe est toutefois un outil puissant, puisque, lors d'une consultation clinique, le personnel de santé a l'opportunité unique de parler en tête-en-tête avec des adolescents. L'écoute et la discussion peuvent avoir des impacts positifs sur la santé des adolescents et l'évolution de leur santé sexuelle et reproductive.

Compte tenu des risques accrus menaçant de nombreux adolescents en situations de crise, il faut impérativement prendre le temps de procéder à des évaluations individuelles pour identifier les adolescents vulnérables, leur proposer des conseils immédiats ou les mettre en contact avec des systèmes d'assistance dès que la situation le permet. L'outil d'évaluation HEADSSS (Habitat, Education, Activités, Drogues, Sexualité, Sécurité et Suicide/dépression) peut permettre au personnel de santé d'identifier les adolescents vulnérables afin de leur proposer des conseils immédiats ou les mettre en relation avec des systèmes d'assistance. Utilisé pendant une rencontre en tête-à-tête avec un(e) adolescent(e), l'évaluation HEADSSS prend au minimum 15 à 30 minutes. Chaque rubrique comporte des questions permettant d'obtenir des informations sur des indicateurs de protection et de risque. Si des indicateurs de risque sont identifiés, le prestataire peut agir en proposant des conseils ou en mettant en relation l'adolescent(e) avec l'assistance ou les services appropriés.

## L'ÉVALUATION HEADSSS

Le plus souvent utilisé dans les pays développés, cet outil couvre les rubriques Habitat et liens de parenté, Education et emploi, Activités et loisirs, Drogues, alcool et tabac, Sexualité et relations sexuelles, Sécurité et maltraitance et Suicide/dépression.

Dans le cadre de cette boîte à outils de SSRA, les noms de rubriques et questions ont été adaptés à la situation d'urgence, mais le principe reste le même.

Pour mettre en œuvre cet outil, le prestataire de soins doit utiliser un langage simple et adapté au niveau de développement de l'adolescent(e) ; ne pas employer de termes techniques éventuellement déroutants ou menaçants, mais ne pas non plus lui parler comme à un enfant. Commencer par les questions portant sur les sujets les moins menaçants (la maison, l'école, les activités) et attendre que l'adolescent(e) se sente à l'aise pour aborder

les sujets plus sensibles (drogues, sexualité, image de soi, etc.). Faire preuve de bonnes qualités de communication avec l'adolescent(e), en lui témoignant du respect, de l'empathie et en évitant de donner l'impression de le/la juger. Ecouter l'adolescent(e) en le/la laissant s'exprimer. Éviter de le/la couper, de regarder souvent l'heure ou de lui envoyer d'autres signaux susceptibles de le/la bousculer, de le/la mettre mal à l'aise ou de l'inhiber. L'adolescent(e) doit se sentir en confiance et savoir que ses réponses seront considérées comme confidentielles. Se préparer à fournir quelques conseils simples « sur le champ », tout en étant capable de l'orienter vers des services de santé mentale et d'aide psychosociale, de protection, de subsistance ou autres, si nécessaire.

Les questions et actions proposées ci-après sont des exemples indiquant la forme que l'évaluation HEADSSS peut prendre dans un contexte d'urgence. Longue à mettre en œuvre et, de ce fait, inappropriée lors de la phase aiguë d'une urgence, l'évaluation HEADSSS doit être envisagée à l'occasion d'entretiens individuels avec des adolescents, une fois la situation stabilisée.

## Evaluation HEADSSS des adolescents

### HABITAT

#### Exemples de questions :

- Dites-moi où vous vivez.
- Avec qui vivez-vous ?
- Qui sont les adultes les plus importants pour vous ?
- Vous sentez-vous en sécurité chez vous ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

#### Indicateurs de protection

- Relations positives avec les adultes
- Identification des personnes qui se soucient de sa sécurité

#### Indicateurs de risque

- Absence de relations adolescents-adultes
- Chef de famille
- Responsabilité auprès des plus jeunes frères et sœurs
- Récits de maltraitements
- Sentiment d'insécurité

#### Actions possibles :

- Discuter comment approcher des adultes de confiance au sein de la communauté.
- Si l'adolescent(e) est chef de famille, demander comment il/elle subvient aux besoins quotidiens de celle-ci. Etudier des alternatives à la prostitution. S'assurer que la famille reçoit une aide nutritionnelle.
- En cas de maltraitements physiques, s'assurer que l'adolescent(e) et les autres membres de la famille disposent d'un refuge sûr.
- Interroger l'adolescent(e) sur ses lésions physiques (y compris sexuelles) et aider l'adolescent(e) à demander des soins.
- Etudier les raisons du sentiment d'insécurité. Discuter de moyens d'améliorer la sécurité.
- Mettre l'adolescent(e) en relation avec les services de protection le cas échéant.

### EDUCATION/EMPLOI

#### Exemples de questions :

- A quoi occupez-vous l'essentiel de vos journées ? De vos soirées ?
- Que faites-vous de votre temps libre ?
- Comment trouvez-vous l'argent pour payer ce dont vous avez besoin ?
- Qu'imaginez-vous faire dans 10 ans ?

#### Indicateurs de protection

- Scolarisation
- Acquisition de nouvelles compétences
- Occupations constructives
- Foi en l'avenir

Suite ▶

EDUCATION/EMPLOI	
<b>Indicateurs de risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de temps de loisirs</li> <li>▪ Pas de temps pour l'école ou des opportunités professionnelles</li> <li>▪ Pas de vision de l'avenir ou vision négative</li> <li>▪ Trop de temps libre. L'adolescent(e) dit s'ennuyer</li> <li>▪ Recours à la prostitution</li> <li>▪ Enrôlement dans un travail pouvant donner lieu à une exploitation, éventuellement comme domestique</li> <li>▪ Peur de l'exploitation</li> </ul>
<b>Actions possibles :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discuter de ses occupations et de la façon dont il/elle peut se ménager du temps pour des opportunités éducatives (formelles ou informelles)</li> <li>▪ Pour celles et ceux qui s'ennuient, discuter des activités adaptées aux adolescents ou de la manière dont ils peuvent s'impliquer pour aider la communauté.</li> <li>▪ Discuter des alternatives à la prostitution, des options de planning familial et de l'importance de la protection contre la transmission du VIH. Proposer des exemples sur la façon dont il/elle peut négocier l'utilisation du préservatif.</li> <li>▪ Proposer à l'adolescent(e) de le mettre en relation avec un secteur offrant des moyens de subsistance (programmes de formation ou professionnels)</li> </ul>	
ACTIVITES	
<b>Exemples de questions :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont vos activités, groupes, clubs ou sports ?</li> <li>▪ Où prenez-vous vos repas ?</li> <li>▪ Qu'avez-vous eu à manger hier ?</li> </ul>	
<b>Indicateurs de protection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participation à des activités encadrées</li> <li>▪ Participation à des activités communautaires ou sociales</li> <li>▪ Repas en famille</li> </ul>
<b>Indicateurs de risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Occupations à risque</li> <li>▪ Aucune activité et sentiment d'isolement</li> <li>▪ Nourriture insuffisante</li> </ul>
<b>Actions possibles :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discuter d'autres façons dont l'adolescent(e) peut s'occuper. Etudier ses centres d'intérêt et proposer de le/la mettre en relation avec un secteur offrant des moyens de subsistance (formation professionnelle) et avec des groupes d'adolescents de la communauté susceptibles de l'intéresser. Discuter de la façon dont il/elle peut participer à l'amélioration du mode de vie de la communauté.</li> <li>▪ Voir si le ménage reçoit une aide nutritionnelle et proposer une mise en contact avec les services communautaires si nécessaire.</li> </ul>	



## DROGUES

**Exemples de questions :**

- Que pensez-vous du tabagisme ? De la boisson ? De la consommation de drogues ? (l'interroger sur les drogues illégales comme sur les drogues socialement acceptables comme le khat)
- Connaissez-vous des gens qui utilisent ces substances ? Est-ce qu'un membre de la famille en consomme ?
- Avez-vous déjà essayé ces substances ? Quand ? Comment ? (sous forme de pilules, d'inhalation, d'injection, de substance à fumer, etc.) Avec qui ?
- Où vous procureriez-vous des cigarettes, de l'alcool ou des drogues si vous en vouliez ?
- Comment payez-vous ces substances ?

**Indicateurs de protection**

- Ne connaît pas d'adolescents ayant essayé de fumer, de boire ou de se droguer
- N'a pas essayé de fumer, de boire ou de se droguer
- Montre une attitude négative vis-à-vis de ces substances

**Indicateurs de risque**

- Consommation d'alcool ou de drogues
- Accès facile à l'alcool ou à la drogue
- Consommation de substances à la maison
- Substances disponibles dans la communauté
- Comportement à risque (prostitution, vente de drogues, vol) pour trouver de l'argent et payer ces substances

**Actions possibles :**

- Ne pas porter de jugements ! Demander pourquoi il/elle consomme ces substances et ce qu'il/elle en pense. Essayer de savoir s'il/si elle serait prêt(e) à changer de comportement. Le/la mettre en relation avec un mentor ou un(e) ami(e) susceptible de l'aider.
- Evaluer la santé mentale de l'adolescent(e), dans la mesure où les problèmes de santé mentale et la consommation de substances sont liés.
- Si les substances sont disponibles au domicile, lui demander s'il y a des violences à la maison. Si oui, s'assurer que l'adolescent(e) dispose d'un refuge sûr et que d'autres membres de la famille sont en sécurité. Consulter les services de protection le cas échéant.
- Interroger l'adolescent(e) sur les pratiques sexuelles à risque et proposer des conseils et un dépistage pour le VIH le cas échéant.



## SEXUALITE

### Exemples de questions :

- Pour les très jeunes adolescents, entre 10 et 14 ans.
- As-tu constaté des changements au niveau de ton corps récemment ? Qu'en penses-tu ?

### Pour les filles :

- As-tu déjà eu tes règles ? Si oui, en quoi est-ce que ça a changé ta vie ? Peux-tu toujours aller à l'école tous les jours ? Qu'utilises-tu pour rester propre pendant tes règles ? Si tu utilises quelque-chose, comment le nettoies-tu ?

### Pour tous les adolescents :

- Etes-vous attiré(e) par les garçons ? Par les filles ?
- Avez-vous un(e) petit(e) ami(e) ?
- Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ? Si oui, quel âge aviez-vous la première fois ? Si non, à quel âge aimeriez-vous commencer ?
- Avez-vous déjà eu des rapports non protégés ?
- Avez-vous déjà eu des rapports pour de l'argent, de la nourriture, des vêtements ou un abri ?
- Avez-vous déjà été forcé(e) d'avoir des rapports contre votre volonté ? (demander aux garçons comme aux filles)
- Avez-vous déjà été enceinte ?
- Avez-vous déjà eu une infection suite à des relations sexuelles ?
- Les relations vaginales ne sont qu'une forme de relation sexuelle pour les adolescents, qui expérimentent aussi les relations orales ou anales. Avez-vous déjà eu des relations orales ? Avez-vous, vous ou votre partenaire, utilisé un préservatif lors de relations orales ? Avez-vous déjà eu des relations anales ? Avez-vous, vous ou votre partenaire, utilisé un préservatif lors de relations anales ?

<b>Indicateurs de protection</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souhait manifesté d'abstinence</li> <li>• Pas encore d'activité sexuelle</li> <li>• Premières relations sexuelles après 16 ans.</li> </ul>
<b>Indicateurs de risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relations sexuelles avant 16 ans</li> <li>• Relations sexuelles non protégées</li> <li>• Prostitution ou faveurs sexuelles pour de l'argent, de la nourriture, etc.</li> <li>• Malaise vis-à-vis de sentiments ou de relations homosexuels ou bisexuels</li> <li>• Antécédents de violences sexuelles</li> <li>• Grossesse ou IST dans le passé</li> </ul>

### Actions possibles :

- Discuter de l'hygiène périodique. Demander aux adolescentes pubères ce qu'elles utilisent pendant leurs règles pour rester propres. Si elles utilisent des protections hygiéniques, comment se les procurent-elles ? Ont-elles des difficultés à s'en procurer ? Le cas échéant, comment les nettoient-elles ?
- Ne pas porter de jugement vis-à-vis de ceux/celles qui expriment des sentiments ou une identité non-hétérosexuels ! Promettre la confidentialité. Assurer l'adolescent(e) que ces sentiments sont naturels. Souligner le caractère confidentiel de la conversation. Si l'adolescent(e) est mal-à l'aise ou effrayé(e) par ses sentiments ou sa sexualité, l'orienter vers des services de santé mentale et d'aide psychosociale. Discuter des problèmes de sécurité et de dépression.
- Ne pas porter de jugement vis-à-vis de celles et ceux qui pensent devenir sexuellement actifs. Etudier les raisons pour lesquelles ils souhaitent devenir sexuellement actifs et s'ils ont un(e) partenaire en tête. Discuter de la prévention des grossesses, du VIH et des IST.
- Ne pas porter de jugement vis-à-vis des adolescents sexuellement actifs. Discuter de la prévention contre le VIH et les IST. Discuter des options de planning familial. Proposer des conseils et un dépistage VIH si possible. Démontrer la bonne utilisation du préservatif.
- Demander à ceux qui disent avoir été victimes de violences sexuelles s'ils en ont parlé à quelqu'un ou s'ils ont consulté un médecin. Demander aux filles pubères si elles ont manqué un cycle menstruel depuis la dernière fois. Les interroger sur les symptômes des IST. Demander s'il/si elle s'est senti(e) récemment plus triste ou fatigué(e) que d'habitude. Orienter l'adolescent(e) vers des services médicaux, de santé mentale et d'aide psychosociale si nécessaire.

## SUICIDE/DEPRESSION

### Exemples de questions :

- Que pensez-vous de vous-même ?
- La plupart du temps, diriez-vous que vous vous sentez généralement heureux(se) ou triste ?
- Que faites-vous quand vous vous sentez triste ou contrarié(e) ?
- Arrivez-vous à manger et à dormir aussi bien qu'avant ?
- Avez-vous des amis au sein de la communauté ?
- Quel adulte pouvez-vous aller voir quand vous avez besoin d'aide ?
- Est-ce que vous comptez pour quelqu'un ?

### Indicateurs de protection

- L'adolescent(e) se sent aimé(e)
- L'adolescent(e) a des perspectives positives
- L'adolescent(e) arrive à gérer
- L'adolescent(e) peut compter sur un adulte aimant

### Indicateurs de risque

- Sentiments de marginalisation au sein de la communauté
- Sentiment régulier de dépression et de tristesse
- Symptômes dépressifs, comme le manque de sommeil ou d'appétit

### Actions possibles :

- Analyser les sentiments de tristesse, d'anxiété ou de dépression exprimés. Y a-t-il quelque-chose de particulier qui le/la met dans cet état ? Demander s'il/si elle a déjà pensé se faire du mal. Demander s'il/si elle a déjà essayé de se faire du mal. S'il/si elle répond oui à l'une de ces questions, lui demander de revenir au centre de soins si ça recommence, le/la mettre en contact avec un mentor adulte et l'orienter vers des services de santé mentale et d'aide psychosociale si possible.
- Discuter de mécanismes positifs tels que la participation à des groupes communautaires, à des clubs d'adolescents ou à des activités religieuses.  
Etudier d'autres manières de surmonter sa tristesse et de s'intégrer aux membres de la communauté.
- L'interroger sur la maltraitance physique (y compris sexuelle) et la consommation de drogues. Orienter l'adolescent(e) vers des services médicaux, de santé mentale et d'aide psychosociale si nécessaire.

Suite ▶

## SECURITE

### Exemples de questions :

- Comment réglez-vous vos désaccords avec les autres ?
- Vous sentez-vous parfois en danger ? Que faites-vous dans ces cas-là ?
- Comment vous protégez-vous ?
- Y a-t-il des endroits où vous pouvez aller pour être en sécurité ?
- Vous sentez-vous en sécurité lorsque vous quittez la communauté ?

### Indicateurs de protection

- Résolution non-violente des conflits
- Bonnes capacités de résolution des problèmes en cas de dangers
- Connaissance d'endroits sûrs au sein de la communauté

### Indicateurs de risque

- Port d'une arme aux fins de protection
- Sentiment d'insécurité en quittant la communauté
- Inquiétude sur la violence et la sécurité personnelle

### Actions possibles :

- Etudier les sentiments de danger. Pourquoi se sent-il/elle menacé(e) ? Discuter des moyens non-violents de résoudre des conflits.
- Consulter des services de protection ou de sécurité, si nécessaire.
- Discuter des dangers du port d'armes et des conséquences d'un meurtre, volontaire ou non.
- Identifier des endroits sûrs au sein de la communauté. S'assurer que l'adolescent(e) dispose d'un refuge sûr.
- Interroger l'adolescent(e) sur ses lésions physiques éventuelles (y compris sexuelles). L'orienter vers un centre médical pour un traitement et des conseils si nécessaire.
- Discuter des structures communautaires permettant d'exprimer des préoccupations vis-à-vis d'endroits peu sûrs.

## SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. Minnesota Health Improvement Partnership, Minnesota Department of Health. « Sample HEADSSS Questions (Long Form), » 2006. <http://www.health.state.mn.us/youth/providers/headsslong.html>.

# Checklist des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents

**Principe :** après stabilisation d'une situation de crise et mise en place de services complets de santé reproductive, les prestataires de soins doivent réfléchir à la personnalisation des services pour qu'ils soient « adaptés aux adolescents », c'est-à-dire acceptables, accessibles et pertinents pour les adolescents, filles et garçons. La fourniture de services sexospécifiques adaptés aux adolescents est fondamentale pour surmonter quelques-uns des obstacles externes et structurels rencontrés par les adolescent(e)s, et surmonter indirectement certains des obstacles internes empêchant ces derniers d'accéder aux services de santé reproductive.

Etre La référence pour les services de santé sexuelle et reproductive « adaptés aux adolescents » signifie que ces services sont « efficaces, sûrs et abordables, qu'ils satisfont les besoins personnels des jeunes [filles et garçons] qui reviennent quand ils le doivent et recommandent ces services à leurs amis. » (OMS, 2002)

Les services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents de qualité sont :

- *équitable*s parce qu'ils incluent les adolescents et touchent les plus exposés d'entre eux ;
- *efficaces* parce qu'ils sont dispensés par des prestataires de soins formés et techniquement compétents qui savent comment communiquer avec des adolescents ;
  - *efficaces* parce qu'ils ne gaspillent pas les ressources ;

- *également* accessibles aux filles et aux garçons ;
- et *abordables* ou gratuits pour les adolescents.

L'implication des adolescents dans l'organisation et le suivi des services contribue également à promouvoir la qualité, en garantissant que les services sont acceptables pour les adolescents, qui les recommanderont davantage à leurs pairs. (OMS, 2002)

La checklist ci-après est un modèle adaptable permettant d'évaluer l'intérêt, pour les adolescents, des services de santé reproductive fournis dans un établissement ou organiser des services adaptés aux adolescents qui seront fournis une fois les services complets de santé reproductive en place. Elle n'est pas destinée à évaluer la qualité des soins. Pour cela, consulter l'Aide-mémoire de l'OMS (pp. 2-5).

Après avoir rempli la checklist, compter le nombre de « oui » pour apprécier le résultat global.

L'évaluation de l' « adaptation aux adolescents » est la suivante :

**0 - 13 Services non adaptés aux adolescents**

**14 - 20 Services relativement adaptés aux adolescents**

**21 - 25 Services parfaitement adaptés aux adolescents**

## Checklist des services de santé adaptés aux adolescents

(Adaptée de African Youth Alliance/Pathfinder International)

Caractéristiques		Oui	Non	Suggestions d'améliorations réalisables
<b>Caractéristiques de l'établissement de santé</b>				
1	L'établissement est-il situé à proximité d'un lieu de réunion pour les adolescents, garçons et filles ? (maison de jeunes, école, marché, etc.)			
2	L'établissement est-il ouvert à des horaires adaptés aux adolescents, tant filles que garçons (surtout le soir et les week-ends) ?			
3	Des horaires ou espaces particuliers sont-ils prévus pour les adolescents ?			

Suite ►

◀ Suite

Caractéristiques		Oui	Non	Suggestions d'améliorations réalisables
4	Les services de santé reproductive sont-ils dispensés gratuitement ou pour un prix abordable pour les adolescents ?			
5	Les temps d'attente sont-ils courts ?			
6	Si des adultes et adolescents sont traités dans l'établissement, existe-t-il une entrée séparée et discrète pour les adolescents afin de garantir leur intimité ?			
7	Les salles de consultation et de traitement assurent-elles l'intimité (du point de vue visuel et sonore) ?			
8	Existe-t-il un Code de conduite pour le personnel de l'établissement de santé ?			
9	Existe-t-il un mécanisme transparent et confidentiel dans l'établissement permettant aux adolescents de soumettre leurs réclamations ou retours d'informations sur les services de santé sexuelle et reproductive ?			
<b>Caractéristiques des prestataires</b>				
1	Les prestataires ont-ils été formés pour dispenser des services adaptés aux adolescents ?			
2	Le personnel a-t-il été orienté pour proposer des services confidentiels adaptés aux adolescents ? (réceptionniste, agents de sécurité, agents de service, etc.)			
3	Le personnel montre-t-il du respect aux adolescents ?			
4	Les prestataires assurent-ils l'intimité et la confidentialité des clients ?			
5	Les prestataires prévoient-ils suffisamment de temps pour permettre une bonne interaction client-prestataire ?			
6	Des éducateurs ou conseillers pairs sont-ils disponibles ?			
7	Les prestataires de soins sont-ils évalués au moyen de checklists qualité ?			
<b>Caractéristiques du programme</b>				
1	Les adolescents (garçons et filles) sont-ils impliqués dans le fonctionnement de l'établissement de santé ?			
2	Les adolescents sont-ils impliqués dans le suivi de la qualité de la prestation de services de santé sexuelle et reproductive ?			
3	Les adolescents peuvent-ils être vus dans l'établissement sans l'accord de leurs parents ou époux(ses) ?			

Suite ▶

◀ Suite

Caractéristiques	Oui	Non	Suggestions d'améliorations réalisables
4 Existe-t-il une large palette de services de santé reproductive ? (planning familial, traitement et prévention des IST, services de conseils et de dépistage du VIH, soins anténatals et postnatals, soins à l'accouchement)			
5 Existe-t-il des directives écrites pour dispenser des services aux adolescents ?			
6 Des préservatifs sont-ils mis à la disposition des jeunes garçons et filles ?			
7 Y a-t-il dans l'établissement du matériel, des posters ou des aide-mémoire éducatifs, conçus pour toucher les adolescents ?			
8 Des mécanismes d'orientation sont-ils prévus ? (pour les urgences médicales, pour la santé mentale et l'aide psychosociale, etc.)			
9 Des indicateurs adaptés aux adolescents sont-ils régulièrement suivis ? (par exemple, nombre de clients adolescents, par âge et par sexe)			

### SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. Senderowitz, J. et al. *Clinic Assessment of Youth Friendly Services: a Tool for Assessing and Improving Reproductive Health Services for Youth*. Pathfinder International: 2002.  
<http://www.pathfind.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521>.
2. OMS. *Services de santé adaptés aux adolescents : Un programme pour le changement*. OMS, 2002.  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/cah\\_docs/cah\\_02\\_14.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/cah_docs/cah_02_14.html).

# Outils de distribution communautaire et **d'éducation** par les pairs



## Liste de ressources sur l'éducation par les pairs

**L'éducation par les pairs** peut s'inscrire dans une stratégie complète de santé reproductive une fois l'urgence stabilisée. Beaucoup d'adolescents vivant dans des urgences longues et des camps de réfugiés ont trop peu d'occasions de participer à la reconstruction de leur communauté. Des espaces et opportunités d'apprentissage peuvent atténuer l'impact psychosocial d'un conflit ou de catastrophes en donnant une impression de normalité, une stabilité, une structure et de l'espoir.

La lutte contre l'oisiveté et le développement d'activités structurées peuvent contribuer à réduire les comportements à risque. L'éducation par les pairs permet également aux adolescents de faire preuve de leadership, d'acquérir de nouvelles compétences sur la base du volontariat et de mettre en place des partenariats jeunes-adultes avec des inspecteurs.

L'éducation par les pairs constitue un excellent moyen de diffuser des informations sur la santé reproductive. Les pairs sont habituellement perçus comme des sources d'informations sûres et fiables. L'utilisation de réseaux de pairs peut mettre les adolescents plus à l'aise pour dialoguer et évaluer les risques personnels. Une expérience programmatique de plus de dix ans a montré que des programmes bien conçus et organisés d'éducation par les pairs, avec une supervision régulière par des adultes, peuvent permettre d'améliorer les connaissances, attitudes et compétences des adolescents en matière de santé reproductive et de prévention du VIH.



La plus grande difficulté des programmes d'éducation par les pairs consiste à garantir la qualité. Les programmes doivent donc :

- Fournir aux éducateurs une formation intensive, de qualité, avec des évaluations et remises à niveau régulières, pour leur permettre de proposer de bonnes informations aux adolescents.
- Garantir l'intégration de problèmes pertinents pour les adolescents en situations d'urgence comme la santé sexuelle et reproductive, les abus et l'exploitation sexuels, la prévention contre le VIH/SIDA, la sécurité contre les mines, les violences sexuelles et basées sur le genre, la résolution des conflits, la santé et la sécurité personnelles.
- Utiliser des checklists standardisées pour le développement et la mise en œuvre, afin d'améliorer la qualité.

Suit l'outil le plus utilisé pour améliorer la qualité des programmes d'éducation par les pairs.

### Youth Peer Education Toolkit

Cinq ressources (décrites ci-après) ont été conçues à l'attention des responsables des programmes et formateurs des pairs-éducateurs, en s'appuyant sur la recherche, les preuves sur le terrain et des exemples et expériences locaux. Il a été élaboré par le United Nations Population Fund (UNFPA) et Family Health International/YouthNet, avec le Youth Peer Education Network (Y-PEER), un projet coordonné par l'UNFPA. (2005-2006)

- Un manuel de formation des formateurs
- Des normes pour l'éducation par les pairs
- Un outil d'évaluation des programmes d'éducation par les pairs
- Un outil d'amélioration des performances pour les responsables
- Un manuel de formation aux techniques d'éducation par le théâtre

<http://www.infoforhealth.org/youthwg/peeredtoolkit.shtml>

### SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. UNFPA, FHI/YouthNet. *Standards for Peer Education Programmes*. UNFPA, 2005.  
<http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/peeredtoolkit/Standards.htm>.

## Introduction à la distribution communautaire

**Principe :** les adolescents, surtout mariés, marginalisés ou handicapés, sont confrontés à des obstacles les empêchant d'accéder aux services de planning familial et de santé sexuelle et reproductive dispensés en établissement. Les méthodes communautaires semblable-à-semblable sont très utiles pour surmonter ces obstacles. Appartenant à la même « culture jeune », les adolescents seront peut-être plus à même de communiquer avec leurs pairs qu'avec des adultes. La formation d'adolescents en tant que distributeurs communautaires est intéressante pour leur permettre d'accéder à des préservatifs, à des méthodes de planning familial et à des informations de santé sexuelle et reproductive tout en développant leurs qualités de leadership et leur participation.

Inappropriés pendant les phases aiguës d'une urgence, les programmes de distribution communautaire devraient être envisagés sitôt la situation stabilisée. Par contre, leur mise en place nécessite une planification et une préparation rigoureuses. En l'absence de discussions sur l'éducation sexuelle et le planning familial chez les jeunes non mariés, l'introduction d'un programme de distribution communautaire pour les adolescents peut s'avérer particulièrement difficile. Dans ce cas, il faut prendre le temps de discuter avec les membres de la communauté, y compris les parents, les chefs religieux, les groupes de femmes et les adolescents, pour convenir d'une stratégie acceptable afin de proposer aux adolescents de la communauté l'accès à des services de santé reproductive.

Dans la mesure où les distributeurs proposent des services de santé reproductive au sein de la communauté, les responsables de programmes doivent faire attention à la qualité du service. L'expérience internationale indique que les adolescents préfèrent les retours d'informations immédiats sur site. En outre, les adolescents-distributeurs communautaires apprécient les contacts avec les inspecteurs adultes qui peuvent les aider à acquérir et approfondir de nouvelles compétences.

Cette section propose trois outils à utiliser pendant l'introduction et la mise en œuvre d'un programme de planning familial et de distribution de préservatifs communautaires adaptés aux adolescents :

- Checklist de préparation à la mise en œuvre de la distribution communautaire
- Checklist de contrôle de la distribution communautaire par des adolescents
- Formulaire d'orientation pour les adolescents-distributeurs communautaires

Chaque outil est un modèle à adapter suivant le contexte de la situation d'urgence. Des ressources et informations complémentaires sur les programmes de distribution communautaires, les méthodes de planning familial et les algorithmes sont proposées dans les « Suggestions de lecture » ci-après.

### SUGGESTIONS DE LECTURE :

1. FHI. *Provision of Injectable Contraception Services through Community-Based Distribution*, 2008. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ewyj6yas7sltqnextv7dvnc2assdoimhycn37pgdwwgywshhgcvkileqws35jjkhs3asrca72llj/Part1NineSteps.pdf>.
2. OMS. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. (*planning familial : guide général à l'attention des prestataires*). OMS, 2007. <http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/>

## Préparation à la mise en œuvre de la distribution communautaire - Checklist

Cette checklist présente les principales étapes à suivre pour les responsables de programmes prévoyant et préparant la formation d'adolescents-distributeurs communautaires et l'introduction d'un programme de distribution communautaire dans le cadre de la planification des services complets de santé sexuelle et reproductive.

✓	Action	Description
	Etudier les politiques nationales	S'assurer que la distribution communautaire est acceptable dans le cadre des politiques nationales. Plaider auprès des autorités sanitaires nationales pour obtenir l'autorisation de mettre en œuvre le programme de distribution communautaire, si nécessaire.
	Obtenir un appui local	Informers les acteurs locaux (adolescents, parents, chefs de la communauté, autorités sanitaires, personnel de santé) pour les encourager à appuyer le programme de distribution communautaire.*
	Identifier les bénéficiaires et leurs besoins	Identifier, au moyen de groupes de discussion, d'enquêtes et d'entretiens avec les informateurs clés, les adolescents susceptibles de bénéficier de la distribution communautaire et d'être touchés par le programme. (Par exemple, les jeunes filles mariées ont de grands besoins de planning familial non satisfaits et peu accès aux centres de soins du fait d'une mobilité restreinte). Rechercher les obstacles à l'accès aux informations et services de santé sexuelle et reproductive. S'assurer de la prise en compte des membres des groupes les plus vulnérables dans le processus d'évaluation des besoins.
	Mettre en place une chaîne logistique de fournitures	Développer un système assurant l'approvisionnement régulier en fournitures de planning familial pour éviter les ruptures de stock. Prévoir des fournitures pour le démarrage du programme.
	Sélectionner les adolescents à former en tant que distributeurs communautaires	Impliquer la communauté (leaders, adolescents, parents) dans le processus de sélection des distributeurs communautaires. Définir des critères de sélection comme le niveau d'éducation, la fiabilité, l'attitude vis-à-vis du planning familial et les expériences de travail au sein de la communauté. Il convient de choisir des filles et des garçons. Confirmer que les distributeurs communautaires sont répartis dans l'ensemble de la communauté afin d'assurer une bonne couverture sans chevauchements.
	Former les adolescents-distributeurs communautaires	Former les distributeurs communautaires suivant des protocoles standards (protocoles nationaux s'il y en a) à : <ul style="list-style-type: none"> <li>Proposer des informations précises et pertinentes de santé sexuelle et reproductive ;</li> <li>Prodiguer des conseils de planning familial sur toutes les méthodes disponibles ;</li> <li>Distribuer des préservatifs et d'autres méthodes de planning familial (pilules contraceptives orales le plus souvent, voire contraceptifs injectables) et</li> <li>Orienter les adolescents si nécessaire.</li> </ul> <p>Former les distributeurs communautaires à respecter les précautions d'usage, à gérer les stocks et éviter les ruptures de stock.</p> <p>Former les distributeurs communautaires sur les adolescents vulnérables et l'importance des services. Former les distributeurs communautaires sur l'importance de la confidentialité.</p> <p>Former les distributeurs communautaires au recueil et au rapport des données.</p>
	Développer un plan de travail	Etudier les objectifs du programme avec les distributeurs communautaires et identifier les activités clés du programme. Définir un calendrier de mise en œuvre.
	Développer un plan de contrôle et d'évaluation	Définir, avec les adolescents formés à la distribution communautaire, des délais de recueil et de rapport des données de base, mensuelles et en fin de projet. Utiliser des outils standardisés de recueil et de rapport des données (outils nationaux s'il y en a). S'assurer de la définition claire des responsabilités de rapport. Développer un programme de contrôle.

Suite ►

◀ Suite

✓	Action	Description
	Sensibiliser les adolescents de la communauté	Sensibiliser les adolescents aux méthodes de planning familial qui seront proposées à travers le programme de distribution communautaire. Les informations peuvent être diffusées par les médias, des brochures, des groupes et clubs d'adolescents, etc. Les adolescents-distributeurs communautaires devraient être impliqués dans le processus de sensibilisation.
	Définir des mécanismes pour le recrutement et l'orientation des clients	Travailler avec les établissements de santé au développement d'un mécanisme d'orientation des adolescents depuis l'établissement de santé vers le programme de distribution communautaire et inversement. Travailler avec les adolescents-distributeurs communautaires, les adolescents et les autres membres de la communauté au développement d'un système de recrutement de nouveaux clients au sein de la communauté.
	Définir les liens avec d'autres secteurs pour le recrutement et l'orientation des clients	Définir le lien avec d'autres secteurs (protection, subsistance, éducation, santé mentale et aide psychosociale, DDR, etc.) et des mécanismes d'orientation des adolescents depuis ou vers le programme de distribution communautaire.
	Définir des mécanismes de retour d'information	Développer, avec les adolescents-distributeurs communautaires et les acteurs, un moyen convivial pour les bénéficiaires, les distributeurs communautaires et les autres membres de la communauté, de commenter le programme et de proposer des idées d'amélioration.

\* *La programmation communautaire par les adolescents peut être délicate en l'absence de discussions sur l'éducation sexuelle et le planning familial parmi les adolescents non mariés. Dans ce cas, il convient de prendre le temps de discuter avec les membres de la communauté, y compris les chefs religieux, les groupes de femmes, les parents et les adolescents, pour convenir d'une stratégie acceptable permettant de proposer aux adolescents de la communauté l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive.*

## Outil de contrôle des adolescents-distributeurs communautaires

**Instructions :** observer l'adolescent(e)-distributeur/rice communautaire avec cinq clients. Evaluer les rencontres pour les noter comme suit :

Elément pas appliqué **1 point**

Elément appliqué, mais des améliorations sont nécessaires **2 points**

Elément bien appliqué **3 points**

rice communautaire, définir un plan d'actions pour améliorer la compétence souhaitée suivant la note obtenue.

**5 - 7** Nécessité de réapprendre une compétence

**7 - 12** Bien, mais doit s'améliorer

**13 - 15** Excellent, continuer

Si l'adolescent(e) doit réapprendre une compétence ou s'améliorer, décrire ce qu'il/elle doit faire avant la visite de contrôle suivante dans la colonne « Actions ».

Additionner les notes de chaque sujet de discussion à l'issue des cinq visites. Avec l'adolescent(e)-distributeur/

Nom de l'adolescent(e)-distributeur/rice communautaire _____		Nom de l'inspecteur _____					
Compétence	Clients					Total	Actions
	1	2	3	4	5		
Date de la/des visite(s) -->							
<b>Introduction</b>							
Le/la distributeur/rice a assuré l'intimité du/de la client(e) en trouvant un lieu de rencontre à l'écart de toute interférence							
Le/la distributeur/rice a accueilli poliment le/la client(e) et s'est présenté(e)							
Le/la distributeur/rice a assuré la confidentialité du/de la client(e)							
Le/la distributeur/rice a demandé le nom du/de la client(e)							
<b>Evaluation des antécédents obstétricaux et de planning familial du/de la client(e)</b>							
Le/la distributeur/rice a demandé l'âge du/de la client(e)							
Le/la distributeur/rice a demandé le nombre de grossesses de la cliente							
Le/la distributeur/rice a demandé le nombre d'enfants à charge							
Le/la distributeur/rice a demandé le nombre d'enfants souhaités							
Le/la distributeur/rice a demandé au/à la client(e) si il/elle utilise ou à utilisé une méthode contraceptive							
Le/la distributeur/rice a demandé au/à la client(e) s'il/si elle ou son/sa partenaire utilise un préservatif pour chaque rapport sexuel							

Suite ►

Compétence	Clients					Total	Actions
	1	2	3	4	5		
Date de la/des visite(s) -->							
<b>Aide sur le choix d'une méthode de planning familial</b>							
Le/la distributeur/rice a utilisé opportunément les supports pédagogiques							
Le/la distributeur/rice a expliqué toutes les méthodes de planning familial disponibles (auprès de l'adolescent(e)-distributeur/rice communautaire et de l'établissement de santé).							
Le/la distributeur/rice a conseillé le/la client(e) sur les IST / le VIH / le SIDA							
Le/la distributeur/rice a promu une protection double (pour les IST et la grossesse)							
Le/la distributeur/rice a permis au/à la client(e) de poser des questions et y a répondu correctement							
Le/la distributeur/rice a demandé au/à la client(e) la méthode choisie							
Le/la distributeur/rice s'est assuré du choix libre du/de la client(e) sans contrainte							
Le/la distributeur/rice a orienté le/la client(e) vers le centre de soins pour les méthodes uniquement disponibles auprès du centre de soins							
<b>Etude de la méthode choisie avec le/la client(e)</b>							
Le/la distributeur/rice a fourni au/à la client(e) la méthode conformément au protocole							
Le/la distributeur/rice a expliqué/démonstré clairement comment utiliser la/les méthode(s) et précisé les effets secondaires							
Le/la distributeur/rice a demandé au/à la client(e) de répéter les informations sur la/les méthode(s) et répété ou corrigé les informations éventuellement manquantes ou incorrectes							
Le/la distributeur/rice a donné au/à la client(e) une brochure sur la méthode (le cas échéant, si besoin)							
Le/la distributeur/rice a donné au/à la client(e) une date de rendez-vous pour une nouvelle visite ou le renouvellement du contraceptif							
Si le/la distributeur/rice a donné des préservatifs, il/elle a indiqué au/à la client(e) d'autres endroits adaptés où il/elle peut s'en procurer							
Le/la distributeur/rice a conseillé au/à la client(e) de voir un(e) adolescent(e)-distributeur/rice communautaire en cas de problème avant le prochain rendez-vous							

◀ Suite

Compétence	Clients					Total	Actions
	1	2	3	4	5		
Date de la/des visite(s) -->							
<b>Compétences utilisées</b>							
Le/la distributeur/rice s'est assuré(e) d'un stock suffisant de préservatifs et d'autres méthodes de planning familial avant de voir le/la client(e)							
Le/la distributeur/rice a posé au/à la client(e) des questions ouvertes d'approfondissement							
Le/la distributeur/rice a laissé au/à la client(e) la possibilité de poser des questions							
Le/la distributeur/rice a répondu correctement aux questions du/de la client(e)							
Le/la distributeur/rice a bien orienté le/la client(e) vers d'autres secteurs ou un établissement de santé pour une aide ou un traitement complémentaire, le cas échéant							
Le/la distributeur/rice a appliqué les précautions standards							
<b>Synthèse</b>							
Le/la distributeur/rice a rappelé au/à la client(e) l'importance de ses autres visites							
Le/la distributeur/rice a remercié le/la client(e) pour son temps							
Le/la distributeur/rice a rempli la carte d'enregistrement du/de la client(e)							
Le/la distributeur/rice a rempli les formulaires appropriés de recueil des données							
<b>Remarques de l'adolescent(e)-distributeur/rice communautaire</b>							
<hr/> <hr/> <hr/>							
<b>Remarques de l'inspecteur</b>							
<hr/> <hr/> <hr/>							



# Formulaire d'orientation du/de la client(e) pour les adolescents-distributeurs communautaires

**Instructions :** la *Partie A* du formulaire doit être remplie par l'adolescent(e)-distributeur/rice communautaire orientant un(e) client(e) vers un établissement de santé ou un autre secteur pour une évaluation, des soins ou des services. Le distributeur communautaire doit décrire la raison de l'orientation du/de la client(e) pour que la personne recevant le/la client(e) sache ce qu'on attend d'elle. La *Partie B* du formulaire est remplie par l'employé(e) du service de référence ou de l'établissement de santé après évaluation du/de la client(e), fourniture d'un traitement ou de services. La partie B est retournée à l'adolescent(e)-distributeur/rice communautaire pour le suivi du/de la client(e).

## Partie A (à conserver par le personnel clinique ou le personnel)

Date : \_\_\_\_\_

Cher collègue,

Je vous envoie M/Mme \_\_\_\_\_ (nom) de \_\_\_\_\_ (village), \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (paroisse), \_\_\_\_\_

(sous-comté) pour :

- **Une méthode contraceptive (préciser) :** \_\_\_\_\_
- **La prise en charge d'effets secondaires (préciser) :** \_\_\_\_\_
- **Des services de santé maternelle (préciser) :** \_\_\_\_\_
- **La prise en charge d'une IST (préciser) :** \_\_\_\_\_
- **Autre (préciser) :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du distributeur communautaire

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Paroisse

## Partie B (à remplir par le personnel de santé clinique ou un(e) employé(e) et à retourner à l'adolescent(e) formé(e) à la distribution communautaire)

Date : \_\_\_\_\_

M/Mme. \_\_\_\_\_ (nom) a reçu des services dans cet établissement de santé conformément au formulaire d'orientation.

Brève description des services fournis :

\_\_\_\_\_  
Signature du prestataire

\_\_\_\_\_  
Nom de l'établissement

\_\_\_\_\_  
Signature du prestataire

Adapté de FHI, *Provision of Injectable Contraception Services through Community-Based Distribution*, p. 109



# Partage des leçons apprises



**Principe :** même s'il existe toujours une part d'expérimentation et d'erreur, une situation d'urgence n'est pas le meilleur endroit pour « réinventer la roue ». Les programmes doivent, au contraire, être mis en œuvre de la façon la plus efficace et efficiente possible. La documentation est rare sur les programmes ou les leçons apprises en matière de SSRA en situation d'urgence ou post-urgence. Une documentation des leçons apprises en cours de mise en œuvre nous permettra d'analyser nos programmes et de partager nos succès pour développer un ensemble de meilleures pratiques de base pour le long terme.

L'outil de Partage des leçons apprises vous permet de documenter vos expériences pendant la mise en œuvre de programmes de SSRA en situation de crise et de partager ces informations avec d'autres organismes. Il doit être rempli après la phase aiguë de l'urgence ou après mise en œuvre de services complets de santé reproductive, puis envoyé au sous-groupe de travail IAWG sur la santé des adolescents à l'adresse [arh@my.ibpinitiative.org](mailto:arh@my.ibpinitiative.org) afin de documenter vos expériences et de les partager avec d'autres organismes. Noter que pour pouvoir télécharger ou envoyer vos documents, vous devez être membre de l'IAWG. Vous pouvez vous inscrire à l'adresse suivante : <http://my.ibpinitiative.org/iawg/>

Vous pouvez aussi envoyer votre formulaire rempli au Consortium RHRC à l'adresse ci-après : [info@rhrc.org](mailto:info@rhrc.org)



## Partage des leçons apprises

- Dans quel type de situation d'urgence avez-vous traité les besoins de santé reproductive des adolescents ?
- Quels adolescents clés ont été ciblés ?
- Y avait-il des sous-groupes d'adolescents particulièrement vulnérables ?
- Les adolescentes ou les femmes ont-elles subi des discriminations pour accéder au programme de santé reproductive ? Si oui, lesquelles ?
- Quelles stratégies avez-vous utilisées pour répondre aux besoins de santé reproductive dans cette situation d'urgence ?
- Certains aspects particuliers du programme de SSRA que vous avez mis en œuvre se sont-ils avérés particulièrement efficaces ? A quoi attribuez-vous ce succès ?
- Certains aspects particuliers du programme de SSRA ont-ils été problématiques ? A quoi attribuez-vous les difficultés ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour répondre aux besoins de santé reproductive des adolescents dans cette situation d'urgence ? Avez-vous pu surmonter ces difficultés ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- Avez-vous pu suivre l'impact de votre programme (y compris le nombre de bénéficiaires, par âge et par sexe) ? Si oui, merci d'indiquer les résultats clés. Si non, merci d'expliquer pourquoi.
- Quelles recommandations feriez-vous à d'autres organismes souhaitant proposer des services de SSRA dans un contexte similaire ?





**Save the Children**



**UNFPA**