



ÉTUDE DE CAS :

Programme de santé sexuelle et reproductive des adolescents à Goma, République démocratique du Congo

Décembre 2013

La **Commission des femmes pour les réfugiés** (WRC) identifie les besoins, recherche des solutions et plaide pour un changement au niveau mondial en vue d'améliorer la vie des femmes et des enfants touchés par les crises. Sur le plan juridique, WRC fait partie de l'*International Rescue Committee* (IRC), une organisation à but non lucratif de type 501 (c)(3), mais ne reçoit pas de soutien financier direct de sa part.

Save the Children est la principale organisation indépendante œuvrant pour les enfants et disposant de programmes dans plus de 120 pays à travers le monde. Notre mission est d'inspirer des solutions innovantes dans la façon dont le monde traite les enfants, et d'opérer un changement immédiat et durable dans leur vie.

Remerciements

Le présent rapport a été préparé et rédigé par Mihoko Tanabe de la Commission des femmes pour les réfugiés, et Isabelle Modigell et Seema Manohar de *Save the Children*. Des contributions importantes ont été apportées par Kristen Schaus de WCR. Le rapport a été revu par Jennifer Schlecht et Sandra Krause de WCR, et les commentaires de Dale Buscher, Kathryn Paik, Omar Robles et Joan Timoney ont été intégrés. Diana Quick de WCR en a assuré la révision et la mise en forme.

Isabelle Modigell et Michael Masudi de *Save the Children* ont assuré la mise en œuvre du projet par *Save the Children* à Goma. Seema Manohar et Maria Tsolka de *Save the Children* ont fourni des conseils techniques à l'équipe de *Save the Children* de Goma. Dr William Axin, directeur du *Survey Research Center* (SRC), de l'Université du Michigan, a fourni des conseils sur les composantes de la méthodologie d'évaluation et a supervisé l'analyse des données sur les élèves. Nell Compennolle de SRC a effectué l'analyse des données sur les élèves, et Kristen Schaus de RC a analysé les données provenant des groupes des adolescentes enceintes/nouvelles mères.

La Commission des femmes pour les réfugiés et *Save the Children* expriment leurs sincères remerciements à Nadine Cornier et Marian Schilperoord du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés qui ont assuré la supervision du projet et prodigué des conseils. Nos remerciements vont aussi au personnel du Ministère de la Santé de Karisimbi pour son soutien et son intérêt pour ce projet. Nous tenons également à remercier le personnel du Centre de santé Murara pour son enthousiasme et son dévouement, ainsi que tous les adolescents qui ont volontiers offert leur temps, leur engagement et leur talent pour la mise en œuvre de ce projet.

Photographies © Isabelle Modigell, *Save the Children*. Photo de couverture : fresque murale aux messages sur la santé sexuelle et reproductive réalisée par les adolescents, par Isabelle Modigell.

© 2013 Women's Refugee Commission, Save the Children

ISBN:

1-58030-115-0

Table des matières

Résumé analytique	1
Principales leçons.....	1
Introduction	4
Contextes	4
Modèle du projet	6
Évaluation des résultats	11
Résultats	12
Défis relevés	19
Réflexions et enseignements tirés	21
Conclusion.....	23
Limites	23
Annexes.....	24
Annexe 1 : Cartographie du programme	24

Acronymes et abréviations

ASC	Agent de santé communautaire
CCC	Communication pour un changement de comportement
CU	Contraception d'urgence
DIU	Dispositif intra-utérin
EAS	Exploitation et abus sexuels
FGD	Discussion thématique de groupe
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IAWG sur la SR en crise	Groupe de travail inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infection sexuellement transmissible
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PDI	Personne déplacée interne
PEP	Prophylaxie post exposition
RDC	République démocratique du Congo
SPA	Soins post-avortement
SPN	Soins postnatals
SPN	Soins prénatals
SRC	Survey Research Center (University of Michigan)
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
VBG	Violence basée sur le genre
WRC	Women's Refugee Commission/Commission des femmes pour les réfugiés

Résumé analytique

En 2012, la Commission des femmes pour les réfugiés (WCR) et *Save the Children*, en partenariat avec le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), ont entrepris, un exercice au niveau mondial sur toute l'année pour cartographier les programmes de SSR existants et mis en œuvre depuis 2009 dans les situations de crise humanitaire et documenter les bonnes pratiques. Malgré un manque général de programmes SSR avec un volet planification familiale pour les adolescents de 10-19 ans, des pratiques notables de SSRA dans les situations de crise humanitaires existaient. Les programmes efficaces se sont assurés de la participation de la communauté sécurisée et des adolescents; étaient sensibles aux différents besoins des sous-populations d'adolescents et ont fourni des services holistiques et multisectoriels.

Pour appliquer les enseignements tirés de l'étude de SSRA, WRC et *Save the Children* ont effectué un projet pilote à Goma en République démocratique du Congo (RDC). Le projet visait à améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements des adolescents (10-19 ans) sur certaines questions de SSR. Il a atteint cet objectif en démontrant des principes clés qui ont :

1. inclus la **participation des adolescents** dans la conception, le suivi et l'évaluation du programme ;
2. amélioré la **qualité** des services de SSRA dans les centres ;
3. renforcé l'**accessibilité** des adolescents aux services SSRA ;
4. mené des campagnes de sensibilisations et renforcé les **liens et les références** à des programmes existants ;
5. impliqué tous les **acteurs de la communauté**.

Le projet avait pour objet d'améliorer la capacité du Centre de santé Murara à fournir des services de santé sexuelle et reproductive de qualité pour les adolescents et de renforcer les connaissances et les attitudes positives des adolescents envers les questions de SSRA et les comportements sains en matière de SSR. Il a visé deux groupes d'adolescents : l'un composé d'adolescentes enceintes et de mères adolescentes à travers des séances de groupe de soutien, et l'autre, d'adolescents scolarisés en première et deuxième années du secondaire à travers l'éducation par les pairs. Les délais courts du projet ont restreint la capacité d'évaluer les résultats comportementaux, mais les résultats du programme ont enregistré une amélioration des connaissances et des attitudes, y compris une assurance dans la démonstration de l'utilisation correcte du préservatif et dans la recherche d'informations et de services de SSR en cas de besoin, en particulier chez les adolescents scolarisés âgés de 12-14 ans.

Principales leçons

- **Les Organismes—humanitaires et de développement—doivent investir leur temps et du personnel dans le développement d'un environnement propice aux adolescents.** Comme mentionné dans des études précédentes sur le sujet, un investissement institutionnel considérable en temps et en ressources humaines est nécessaire pour créer l'environnement favorable pour la promotion de la SSRA. Malgré les considérations de coûts et de viabilité, la mise en place d'une équipe solide de gestion de projet à Goma a accéléré la mise en œuvre. Le projet a également montré que la formation surtout est nécessaire à deux niveaux : la formation interne du personnel du projet, ainsi que la formation externe des prestataires de services, des enseignants et des pairs éducateurs.
- **Les programmes de SSR en situations d'urgence doivent viser des objectifs réalisables à court terme.** Même lorsque le financement à long terme est disponible, l'insécurité et la volatilité peuvent occasionner des retards et des adaptations involontaires des programmes. Les résultats attestent que les connaissances et les attitudes sont plus facilement influencées, tandis que le changement de

comportement est plus difficile à contrôler surtout dans les situations d'instabilité. En outre, les obstacles structurels et systémiques - incapacité pour les adolescents d'aller à l'école en raison des revenus insuffisants des parents par exemple - nécessitent que les programmes conçoivent des activités adaptées pour étendre la portée et équilibrer les réalisations de succès à court terme et de solutions pérennes à long terme pour les adolescents qui resteraient au-delà de la durée du programme. En principe, les actions de SSRA devraient être intégrées dans toutes les propositions de projet, puisque le financement et la durabilité ne peuvent être assurés que si la SSRA est considérée comme partie essentielle du programme de SSR.

- **De nouveaux groupes vulnérables émergent durant les conflits.** Les conflits bouleversent les routines et les rôles des adolescents. En conséquence, les vulnérabilités et les besoins spécifiques de SSR se matérialisent dans des contextes d'urgence. Les victimes de violences sexuelles liées aux conflits représentent un de ces groupes ; ces adolescents doivent être mieux ciblés dans les programmes. Il est impératif que les programmes de protection contre la violence/violence basée sur le genre (VBG) collaborent étroitement avec les programmes de santé pour fournir des soins adéquats aux survivants et qui prennent en compte leurs besoins de protection selon leur âge, et leurs besoins psycho-sociaux et sanitaires.
- **Des moyens créatifs devraient être utilisés pour atteindre les adolescents.** Les adolescents peuvent être plus facilement accessibles à travers des médiums qui font appel à leurs intérêts- l'art et le théâtre sont des exemples. La fresque murale de messages SSR qui a été peinte au centre de santé Murara s'est révélée être une approche durable pour communiquer efficacement des messages de santé, tout comme les groupes de théâtre. Les groupes de soutien ont été très populaires auprès des adolescentes enceintes/nouvelles mères ; les participantes ont déclaré se sentir soutenu en dépit de leurs circonstances.
- **Les activités éducatives par les pairs devraient être intégrées dans les programmes des adolescents, comme les heures de récréation.** Mener les activités par les pairs après les heures de classe n'était pas l'idéal étant donné que les élèves étaient souvent tenus de rentrer chez eux aussitôt après les classes afin d'aider leurs familles dans les travaux ménagers et passer du temps avec elles. Vu cette expérience, les activités éducatives par les pairs pourraient être insérées dans les heures de récréation ou durant les cours tel que « l'éducation à la vie ». Cette solution est particulièrement réalisable en RDC où la matière de l'éducation à la vie existe déjà dans le programme scolaire des écoles secondaires. Le programme pourrait être mis à jour et bénéficier d'un contenu attrayant adapté aux adolescents, et de davantage de méthodes participatives d'apprentissage.
- **L'adhésion de la communauté est essentielle pour la pérennité du projet.** L'importance de l'adhésion de la communauté est primordiale, puisque que le personnel du Centre de Santé Murara et les maîtres d'écoles se sont engagés à œuvrer pour la SSRA et ont demandé des informations et activités complémentaires. Une fois formés, ils ont souvent pris les devants pour gérer les problèmes malgré les budgets insuffisants, avec leur sens de la débrouillardise et leur créativité. Cette débrouillardise et cet engagement peuvent aller au-delà de la durée d'un projet en vue de l'intégration d'attitudes et d'approches adaptées aux adolescents.

Sur la base de ces enseignements, les éléments renforcés dans ce projet pilote sont :

Les donateurs et les gouvernements devraient :

- **S'engager à assurer un financement pluriannuel des programmes SSRA** pour se donner le temps de faire des améliorations, surmonter les défis et planifier la durabilité du programme.

Les organisations humanitaires offrant des services SSR devraient :

- **Intégrer les interventions SSRA dans chaque proposition de projet de SSR** – aspect essentiel dans l'élaboration des programmes SSR en vue d'assurer le financement et la durabilité des volets de la SSRA.
- **Planifier la durabilité du projet en choisissant des interventions cruciales et prioritaires pour tenir là** où il n'existe pas de financement pour des programmes exhaustifs. Ces interventions peuvent inclure la suppression continue des frais d'utilisation, et d'autres obstacles majeurs en vue de l'accès des adolescents aux services de SSR.
- **Viser intentionnellement les sous-populations spécifiques d'adolescents particulièrement vulnérables**, notamment, mais sans s'y limiter, les filles qui s'engagent dans des stratégies de subsistance à risque qui compromettent leur santé sexuelle et reproductive ou les filles qui sont victimes de violence sexuelle liée aux conflits.



Photo : Des paires éducatrices posant pour une photo.

I. Introduction

Bien que de nouvelles études indiquent que dans de nombreux pays développés et en développement la grossesse pendant l'adolescence comporte un risque de mortalité plus élevé que la grossesse chez une femme dans la vingtaine, dans les situations humanitaires, les risques liés à la grossesse sont aggravés pour les adolescentes.¹ En effet, les raisons de cette situation sont une plus grande exposition aux risques de rapports sexuels forcés, une prise de risques accrue et une disponibilité réduite de services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents (SSRA) ainsi qu'une sensibilité réduite à ces services. Alors que les adolescents dans les situations de crise humanitaire ont des besoins et un désir d'information et de services de SSR similaires à ceux de leurs pairs qui vivent dans des situations normales.²

En vue de remédier à une lacune au niveau de la documentation des programmes qui intègrent de manière efficace les services de SSR pour les adolescents, la Commission des femmes pour les réfugiés (WCR) et *Save the Children* ont entrepris en 2012 un exercice sur toute l'année pour cartographier les programmes de SSR existants et mis en œuvre depuis 2009 dans les situations de crise humanitaire et pour documenter les bonnes pratiques. Les conclusions et recommandations de cette étude sont résumées dans : *Programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les situations de crise humanitaire : Une étude approfondie des services de planification familiale* (rapport SSRA, <http://wrc.ms/X2XF3I>), qui a été élaboré en partenariat avec le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Les résultats ont montré que 37 programmes ont mis l'accent sur les besoins de SSR des 10 - 19 ans dans des situations de crise humanitaires à partir de 2009. Seuls 21 de ces programmes ont offert au moins deux méthodes de contraception, et aucun ne s'est retrouvé dans une très grave situation d'urgence. Malgré l'insuffisance de programmes, des pratiques notables de SSRA dans les situations de crise humanitaire existaient, et plusieurs programmes ont adopté des approches prometteuses.³

Bien qu'aucune conclusion prescriptive n'ait pu être tirée sur un programme SSRA efficace en raison du nombre limité de programmes, WCR et *Save the Children* ont lancé un projet pilote à petite échelle pour opérationnaliser les enseignements tirés de l'étude SSRA, en appliquant certains principes de bonnes pratiques employées par des programmes remarquables. Le site choisi pour la présente étude de cas était Goma, en République démocratique du Congo (RDC).

I.I Contexte

En raison de décennies de conflit et de déplacements ayant entraîné une grande destruction des infrastructures et des services sociaux, *Save the Children* dans son Rapport 2013 sur *State of the World's Mother's Report* (État de la Mère dans le monde), a classé la RDC comme le pire endroit pour être mère sur les 176 pays⁴. Le taux de mortalité maternelle y est de 540 pour 100 000 naissances vivantes (2010)⁵, et la

¹ Andrea Nove, Zoë Matthews, Sarah Neal, Alma Virginia Camacho. "Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries." *The Lancet Global Health*. 21 janvier 2014. (Article dans Press DOI: 10.1016/S2214-109X(13)70179-7).

² *Save the Children* et UNFPA, *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit in Humanitarian Settings*, 2009. (Boîte à outils de la Santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les situations de crise humanitaire)

³ WRC, *Save the Children*, et al., *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*. (Programme de santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les situations de crise humanitaire : une étude approfondie des services de planification familiale) (New York: WRC, 2012). <http://wrc.ms/X2XF3I>.

⁴ *Save the Children*, *State of the World's Mothers: Surviving the First Day*, 2013. <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM-MOTHERS-INDEX-2013.PDF>.

⁵ *Save the Children*, *State of the World's Mothers: Surviving the First Day*, 2013. <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SOWM-MOTHERS-INDEX-2013.PDF>.

prévalence des méthodes de contraception modernes est de 5 %. Le taux de fécondité des adolescentes est de 135 pour 1 000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans au niveau national⁶.

La RDC a adopté en 2008 le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), dans lequel la SSR, y compris les services de planification familiale, ont été officiellement intégrés dans le programme global des services de santé du ministère de la santé⁷. Cependant, dans la pratique, peu de structures font des services de santé de la reproduction une priorité, en particulier dans l'est du pays, y compris le Nord-Kivu. Selon l'enquête par cluster à indicateurs multiples (MICS) 2010, dans le Nord-Kivu, le taux de fécondité des adolescentes est de 132 pour 1 000 filles âgées de 15-19 ans. Parmi les femmes de 15-49 ans, 44 % ont été mariées ou en union pour la première fois avant l'âge de 15 ans. En outre, sur les 27 % des femmes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, seules 9 % ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec des partenaires occasionnels⁸.

La population de la ville de Goma (située dans le Nord-Kivu) est estimée à 767 600 personnes⁹. Selon la Mairie de Goma, il y a environ 66 900 adolescents âgés de 10 à 14 ans, et 60 500 âgés de 15 à 19 ans¹⁰. Parmi les centres de santé publique existants, l'Hôpital général de référence de Virunga et quatre petits centres de santé à Karisimbi offrent gratuitement des services de planification familiale et de prise en charge post-avortement. La Centre-Santé Murara soutenu par l'UNFPA- qui a offert des services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents jusqu'en 2008, lorsque le soutien a cessé- offre une gamme complète de méthodes de planification familiale à frais de consultation minimales. Aucun des centres n'offraient des services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents au moment de l'initiation du projet.

Bien que les adolescents puissent en théorie avoir accès à tous les services de santé dans les centres de santé, une évaluation rapide menée par *Save the Children* en décembre 2012 a révélé que cela est rarement le cas. Les principaux obstacles à l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services SSR qui existent sont le manque d'endroits où trouver les informations et services de SSR, y compris dans les écoles ; l'attitude biaisée des prestataires et des établissements de santé qui exigent une « autorisation » du conjoint pour les filles mariées ou une autorisation parentale pour les filles célibataires ; la famille, les croyances religieuses ou sociales ainsi que les pressions autour de l'initiation sexuelle et le découragement vis-à-vis de l'utilisation de la contraception ou d'autres services de santé de la reproduction ; la valeur accordée à la fécondité une fois enceinte et la réalité de la violence sexuelle, de l'exploitation et des abus, y compris par des enseignants en échange de frais de scolarité et de livres¹¹. La prévalence de la violence sexuelle fait qu'elle est de plus en plus acceptée dans les collectivités et dans les foyers¹².

Les autres risques liés au contexte de violence et de déplacements sont la séparation de la famille, la perte de l'accès aux moyens de subsistance et au revenu familial, le décrochage scolaire et l'accès limité à la nourriture,

⁶ UNFPA, *État de la population mondiale 2013*, 2013. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/EN-SWOP2013-final.pdf>.

⁷ Ministère de la Santé publique de la République démocratique du Congo, *Programme National de Santé de la Reproduction*, Juillet 2008. http://familyplanning-drc.net/docs/5_PolitiqueNationaleDeSanteDeLaReproduction_Juillet_2008.pdf.

⁸ Enquête du cluster multi indicateur de la République démocratique du Congo MICS-2010: Suivi de la Situation des femmes et des enfants. Ministère du Plan et l'Institut National de la Statistique, UNICEF. May 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/MICS-RDC_2010_Summary_Report_EN.pdf.

⁹ Données du Ministère de la Santé, 2012. Obtenues par Save the Children.

¹⁰ Données du Ministère de la Santé, 2012. Obtenues par Save the Children.

¹¹ Save the Children, *Rapid Needs Assessment of Adolescent Sexual and Reproductive Health in Goma, République démocratique du Congo*, rapport interne (Goma. 2012).

¹² Jocelyn Kelly, Justin Kabanga, Will Cragin, Lys Alcayna-Stevens, Sadia Haider Michael J. Vanrooyen. 'If your husband doesn't humiliate you, other people won't': Gendered attitudes towards sexual violence in eastern Democratic Republic of Congo. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* Volume 7, Issue 3, 2012.

à un abri ou à d'autres besoins de base¹³. Ces risques augmentent leur vulnérabilité à la violence sexuelle, à l'exploitation et aux abus sexuels, aux grossesses précoces et/ou non désirées, aux infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, ce qui rend d'autant plus important le fait que les soins de santé, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, doivent être disponibles et accessibles à ce groupe¹⁴.

Pour appliquer les enseignements tirés du rapport SSRA sur une étude de cas effectuées à petite échelle, Goma a été sélectionné par *Save the Children* et le WRC sur la base de :

- mécanismes existants de prestations de services et de collecte de données de SSR dans le Centre de santé Murara, avec possibilité d'orientation vers l'hôpital Virunga ;
- existence d'un centre de jeunes affilié au Centre de santé Murara qui offre des espaces de loisirs pour les adolescents ;
- disponibilité des prestataires, des personnels de programme et de personnel du secteur concerné qui pourraient être formés en matière de SSRA ;
- possibilité d'un ciblage délibéré des sous-groupes vulnérables des adolescents;
- volatilité de Goma comme ville qui imite d'autres contextes de crise humanitaire.

L'intention était de démontrer l'intégration des services adaptés aux adolescents dans les services de SSR existants, plutôt que de mettre en place un programme SSR entièrement nouveau.

II. Modèle du projet

Le projet visait à améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements des adolescents (10-19 ans) sur certaines questions de SSR. Il a atteint cet objectif en démontrant des principes clés qui :

1. incluent la **participation des adolescents** dans la conception, le suivi et l'évaluation du programme ;
2. améliorent la **qualité** des services de SSR dans les centres ;
3. accroissent l'**accessibilité** des adolescents aux services SSR ;
4. renforcent les **liens et les références** à des programmes existants
5. impliquent tous les **acteurs de la communauté**.

Ces principes ont été choisis parmi les principes de bonnes pratiques documentés dans le rapport de SSRA, en tenant compte de l'infrastructure existante, du budget, des interventions du cycle de la violence et réalisables, ainsi que d'autres ressources disponibles.

Le projet a été principalement axé sur :

1. Améliorer la capacité du Centre de santé Murara à fournir des services de santé sexuelle et reproductive de haute qualité pour les adolescents.
2. Accroître les connaissances et les attitudes positives des adolescents à l'égard des questions de SSR et de l'adoption de comportements sains en matière de SSR.

¹³ Save the Children, *Rapid Needs Assessment of Adolescent Sexual and Reproductive Health in Goma, République démocratique du Congo*, rapport interne (Goma. 2012).

¹⁴ IAWG sur la SR en situation de crise, "Chapter 4: Adolescent Reproductive Health," *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* (New York. 2010).

1. Améliorer la capacité du Centre de santé Murara

Formation des prestataires de soins de santé dans l'utilisation des instruments SSRA : La *Boîte à outils de santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les situations de crise humanitaire (Kit SSRA)*, a été développée en 2009 par *Save the Children* et UNFPA pour aider les gestionnaires et les prestataires de santé à éliminer les obstacles à la prestation de services de SSRA¹⁵. Cet ensemble complète le chapitre SR des adolescents du Manuel de terrain inter institutions sur la santé reproductive du Groupe de travail inter institutions (GTI) sur la santé reproductive¹⁶. Animé par trois agents de *Save the Children*, une formation de deux jours a été organisée à l'intention de sept prestataires de soins de santé (cinq femmes, deux hommes) du Centre de santé Murara et deux enseignants hommes. Tout au long de la formation, les participants ont été encouragés à partager leurs expériences et discuter de la façon de créer un environnement accueillant pour les adolescents. La formation comportait des présentations multimédias, des exercices de groupe, des discussions et des jeux de rôle, et a été réalisée en dépit des interruptions liées à l'insécurité transfrontalière. Dans le cadre de l'appui au suivi des stagiaires, les participants ont reçu un fichier de ressources SSRA personnalisé qui a été mis à jour tout au long du projet et contenait :

- [My Changing Body: Fertility Awareness for Young People](#),¹⁷ FHI360 (Mon corps qui change : informations sur la fécondité à l'intention des jeunes)
- [HIV Counseling and Testing for Youth: A Manual for Providers and a Manual for Trainers](#),¹⁸ FHI360 (Counseling et dépistage VIH pour les jeunes: Un manuel pour les prestataires et un manuel pour les formateurs)
- [Cue Cards for Counseling Adolescents on Contraception](#),¹⁹ Pathfinder International (Cartes aide-mémoire pour les conseils aux adolescents en matière de contraception)
- [Adolescent Job Aid: A Handy Desk Reference Tool for Primary Level Health Workers](#),²⁰ Organisation mondiale de la santé (OMS) (Aide-mémoire en matière d'adolescents: Outil de référence utile à l'intention des agents de santé primaire)
- [Counseling for Maternal and Newborn Health Care: A Handbook for Building Skills](#),²¹ OMS (Conseil en matière de soins de santé maternelle et infantile: un manuel pour le renforcement des capacités).

Systématisation de la collecte de données réparties par âge et enregistrement des indicateurs clés SSR : Les registres et les systèmes existants de collecte de données ont été revus et adaptés pour inclure des indicateurs clés SSR. Afin d'éviter de surcharger le centre de santé avec les exigences d'établissement de rapports, des indicateurs pré-existants ont été répartis par âge. Aucun changement majeur n'a été apporté à l'exception des services de planification familiale, où un nouveau registre a été introduit pour inscrire l'âge du client. Les prestataires ont été encadrés dans l'utilisation correcte des registres et en collecte de données lors des visites de supervision de soutien. Les données réparties par âge ont été systématiquement incluses dans un rapport mensuel du Bureau central de la zone de Karisimbi (Ministère de la santé) et sont introduites dans la base de données du projet pour analyse. Les données analysées ont été systématiquement partagées avec le centre de santé pour discuter des lacunes et des moyens d'améliorer.

¹⁵ Save the Children et UNFPA, *Boîte à outils de la santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire* (New York. UNFPA, 2009). <https://www.unfpa.org/public/global/publications/pid/4169>.

¹⁶ IAWG sur la SR en situation de, "Chapter 4: Adolescent Reproductive Health," *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* (New York. 2010). <http://www.iawg.net/resources/IAFM%202010/IAFM2010chapter4.pdf>.

¹⁷ <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/My%20Changing%20Body%20-%20Fertility%20Awareness%20for%20Young%20People.pdf>.

¹⁸ <http://www.fhi360.org/resource/hiv-counseling-and-testing-youth-manual-providers-and-manual-trainers>.
¹⁹ <http://www.pathfinder.org/publications-tools/cue-cards-for-counseling-adolescents-on-contraception.html>.

²⁰ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599962/en/.

²¹ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/en.

Création d'un centre de santé adapté aux adolescents : Afin de créer un espace accueillant et confidentiel pour les adolescents, une salle a été réhabilitée pour servir de salle de conseils. Cette salle est située à côté de la salle de jeux du centre de jeunes. Elle est meublée de manière basique d'un bureau, de chaises et une armoire pour ranger les matériels, y compris un kit d'orientation en matière de planification familiale, des directives pour les fournisseurs et des brochures pour les clients. Des affiches colorées ont été collées aux murs pour à la fois fournir des informations et créer un environnement chaleureux et convivial. La zone d'attente a été égayée par un puits de lumière et des affiches, et un banc a été ajouté pour que les clients attendent confortablement. D'autres améliorations qui ont été apportées et sont :

- **Une signalisation claire** indiquant que le Centre de santé Murara offre des services gratuits de santé sexuelle et reproductive aux adolescents. Les services disponibles et les heures d'ouverture ont été peints sur le mur extérieur du centre.
- **D'autres travaux de réhabilitation mineure** à travers la réparation et l'amélioration du système d'énergie solaire existant pour s'assurer que l'éclairage était suffisant et disponible à la réception et à la maternité du centre de santé 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
- **La suppression des frais d'utilisation** des services de SSR et la fourniture de médicaments lorsqu'ils sont disponibles, bien que les frais de livraison soient couverts uniquement pour les adolescentes enceintes participant aux sessions des groupes de soutien. Les adolescents de la communauté ont été informés des services gratuits par des affiches au centre de santé, les pairs éducateurs dans les écoles et les agents de santé communautaire (ASC).
- **La mise en place d'une supervision conjointe avec le ministère de la Santé** comportant des discussions avec les prestataires, l'examen de documents et l'observation du fonctionnement du centre de santé. Des recommandations ont été faites pour améliorer le système de triage et l'utilisation des registres.

Développement et diffusion de documents d'information aux adolescents avec la participation des adolescents. Des ressources de projets SSR existants - y compris dans des pays en développement - ont été adaptées, traduits et partagés avec les prestataires et/ou les enseignants pour qu'ils donnent leur avis. Ils ont ensuite été distribués au centre de santé Murara et dans les écoles participantes. Des exemples de ressources développées sont :

- **Une fresque murale de messages SSR** a été peinte par les adolescents sur la paroi extérieure du centre des jeunes situé dans l'enceinte du Centre de santé Murara. Afin de susciter l'intérêt pour le projet au sein de la communauté et d'entamer des discussions avec les adolescents sur la SSR, le projet a été lancé par un atelier sur l'art. Des sujets SSR ont été couverts par des agents de *Save the Children*, tandis que des thèmes créatifs ont été animés par AptART une ONG internationale. Le produit de cet atelier est une fresque créative et informative élaborée et peinte par 19 adolescents (13 garçons et 6 filles, âgés de 15-19 ans), qui contenait leurs propres messages de SSR.
- **Des brochures/dépliants** sur les IST qui décrivent les symptômes possibles ; ce à quoi s'attendre lors d'un examen médical de santé sexuelle ; comment prévenir les infections, et quand il est conseillé de faire des tests de dépistage des IST et du VIH.
- **Des affiches** sur divers sujets de SSR avec des photos et des messages proposés par les pairs éducateurs.
- **Un livret d'hygiène sur les menstruations** qui explique le cycle menstruel ; ce à quoi s'attendre pendant les menstruations et la façon de gérer l'hygiène et les douleurs menstruels. Une section foire aux questions a également été incluse.

2. Améliorer les connaissances et attitudes positives des adolescents

Le projet visait à cibler deux groupes d'adolescents, notamment à leur fournir un ensemble d'interventions pour surveiller les changements, principalement au niveau de certaines connaissances, attitudes et intentions en matière de SSR.

1er groupe d'adolescentes ciblées : Adolescentes en grossesse et mères adolescentes

Les adolescentes enceintes et les jeunes mères sont considérées particulièrement vulnérables aux risques de SSR à Goma. En conséquence, ces filles ont été choisies pour représenter un groupe cible et ont été réunies dans des sessions de groupes de soutien. En consultation avec les prestataires du Centre de santé Murara, les participantes ont été identifiées par les agents de santé communautaire (ASC), les prestataires de soins de santé ou elles se sont présentées elles-mêmes.

Sur une période d'un mois, les filles ont assisté à quatre séances de groupe de soutien, ayant duré chacune deux à trois heures. Chaque séance a été animée par un prestataire de soins de santé différent qui avait été formé à l'utilisation de la boîte à outils SSRA (Toolkit). Une infirmière superviseuse de *Save the Children* était présente à toutes les sessions en vue d'apporter un appui et d'assurer la continuité entre les sessions. Les sujets suivants ont été couverts en Swahili, en utilisant des ressources propres à *Save the Children* :

- 1^{ère} semaine : ce à quoi s'attendre pendant la grossesse, l'importance des soins prénatals (SPN), les signes de danger pendant la grossesse et la préparation à l'accouchement
- 2^e semaine : Nutrition et allaitement
- 3^e Semaine : Soins du nouveau-né et les soins postnatals (SPN)
- 4^e Semaine : Espacement des naissances et contraception

Le programme a été adapté en fonction des besoins des participants et les enseignements tirés de précédentes sessions. En plus d'encourager les SPN, l'accouchement en milieu clinique et les SPN, une orientation se faisait dans le cadre des hôpitaux et les frais d'accouchement étaient (10 \$EU) pour les filles qui y participaient. Les participantes qui ont assisté à quatre séances ont reçu un trousseau qui contenait un kit d'accouchement; des effets de toilette et des vêtements pour le bébé, et des préservatifs masculins et féminins.

2e groupe d'adolescents ciblés : les adolescents scolarisés âgés de 12 à 14 ans

Le deuxième groupe des adolescentes ciblées était des adolescentes scolarisées âgées de 12-14 ans et en première et deuxième année du secondaire. Ce groupe a été choisi en fonction de sa disponibilité à recevoir des informations de base sur la SSR par le biais de pairs éducateurs formés dans leurs écoles respectives. De nombreuses activités ont été menées dans les écoles pour créer un environnement adéquat pour discuter des questions de SSR :

Faire des enseignants des champions de la SSRA : Les enseignants de deux écoles secondaires, Lycée Kimbilio et Institut Maendaleo, ont été invités à participer à la formation de deux jours sur la *Boîte à outils SSRA*. Les enseignants formés ont servi de points focaux aux pairs éducateurs et étaient présents lors de toutes les activités scolaires. Ils ont en outre participé à l'évaluation de certaines activités en faisant plusieurs entretiens avec les élèves et les éducateurs.

Former et engager des pairs éducateurs : Le principal véhicule de diffusion de l'information était les adolescents eux-mêmes. Douze pairs éducateurs en première et deuxième années au Lycée Kimbilio et à l'Institut Maendaleo ont été élus par leurs camarades de classe pour être des pairs éducateurs. Le

consentement des parents et des élèves a été obtenu pour les 12 filles et garçons sélectionnés pour être formés sur divers sujets introduits dans le curriculum de FHI360 [My Changing Body: Fertility Awareness for Young People](#)²² (Mon corps change: les jeunes et la connaissance de la fécondité) au cours de deux sessions de formation en septembre et novembre. La première formation de deux jours a porté sur "My Body, My Self" (Mon corps et Moi), tandis que la deuxième formation de deux jours a porté sur « la fertilité féminine et masculine ». Une troisième formation qui a duré cinq jours en octobre a été consacrée au développement de compétences des pairs éducateurs, y compris : remplir les carnets, tenir des discussions, entreprendre une sensibilisation de masse, et utiliser le jeu de rôle comme moyen de transmission de messages amusants et efficaces. Les pairs éducateurs ont reçu un soutien continu, formel et informel à la fois du personnel du projet et des enseignants formés. Pour les motiver, ils ont reçu un kit contenant un sac d'école, un carnet, et de la papeterie, ainsi qu'un t-shirt et un chapeau à porter pendant les activités.

Une série d'activités offertes par les pairs éducateurs aux élèves de première et de deuxième année sur une période d'un mois a été organisée pour que les élèves :

- **Assistent à un match de basketball** au cours duquel les pairs éducateurs ont mené une activité de **sensibilisation**. Deux matchs de basket-ball inter-écoles ont été organisés et des ballons de basket et des maillots y ont été distribués. Pendant la pause, les pairs éducateurs ont mené une activité de sensibilisation de masse autour des IST et distribué des brochures d'information.
- **Participent à des discussions de groupe** au cours desquels l'équipe de pairs éducateurs a animé des discussions sur la puberté à l'heure de la récréation avec les élèves.
- **Observent les jeux de rôle** joué par les pairs pendant les heures scolaires pour stimuler les discussions sur l'âge aux premiers rapports sexuels, les IST et le VIH. Un consultant en théâtre et communications a travaillé avec les pairs pour développer leur confiance en eux et les aider à formuler des histoires solides.
- **Participent à des sessions de jeux de cartes sur le thème de la SSRA** conçues pour que les pairs éducateurs organisent des jeux informels et favorisent l'apprentissage. De grandes cartes, aux couleurs vives couvraient 13 sujets, dont les règles et les modes de transmission du VIH.
- **Assistent à une pièce de théâtre** organisée en collaboration avec un groupe théâtral local. Six pairs éducateurs et autres élèves ont monté une pièce de théâtre qui fait un récit édifiant de la sexualité précoce et non protégée. Les discussions après les représentations ont porté sur la distribution de brochures et de préservatifs.

Grâce à ces activités, et à la suite du programme de FHI360 *Mon corps change : connaissance de la fertilité par les jeunes*, les adolescents en milieu scolaire ont eu l'occasion d'en apprendre sur la puberté, la menstruation, les normes de genre, le VIH et les autres IST, les relations saines et la prévention des grossesses. Dans toutes les activités, les pairs éducateurs ont informé les élèves de la disponibilité de services gratuits et confidentiels au Centre de santé Murara. La distribution discrète de préservatifs dans les écoles a été rendue possible suite à plusieurs demandes des élèves et des discussions avec les autorités des écoles. Le Centre de santé Murara a fourni les préservatifs masculins et féminins.

²² <http://www.fhi360.org/resource/my-changing-body-fertility-awareness-young-people-pdf-english-french-spanish>.

III. Évaluation des résultats

1. Améliorer la capacité du Centre de santé Murara et du centre de jeunes affilié

En plus d'examiner les statistiques des services pour évaluer les améliorations au Centre de santé Murara en matière de prestation de services de SSR, la [liste de contrôle de services adaptés aux adolescents](#)²³ de l'IAMF a été administrée avant la mise en œuvre du projet et de nouveau à la fin du mois de novembre 2013. En outre, les instruments suivants ont été appliqués pour obtenir un feedback qualitatif auprès des participants et des prestataires. Ces instruments ont été adaptés à partir de ceux qui ont été appliqués aux programmes d'étude de cas identifiés dans le *Rapport SSRA* :

- Entretiens avec des informateurs clés auprès du personnel de programmes et clinique pour se renseigner sur des processus itératifs en vue de l'amélioration du programme pour surmonter les défis.
- Entrevues de fin d'activité avec les adolescents qui utilisent les services de SSRA, notamment les services de planification familiale.
- Discussions de groupes avec les participants pour obtenir leurs points de vue.

2. Améliorer les connaissances et attitudes positives des adolescents

Alors que de nombreuses activités ont été mises en œuvre au niveau de la communauté et de l'école, les changements au niveau de certaines connaissances, attitudes et intentions en matière de SSR n'ont été évalués que pour les deux groupes des adolescents ciblés qui ont participé à l'ensemble des activités. Pour assurer une certaine cohérence des résultats, les activités ont été appliquées à deux cohortes d'adolescents dans les deux groupes cibles.

1^{er} groupe d'adolescentes ciblées : Adolescentes en grossesse et adolescentes mères

Dans le cadre des efforts de collecte de données, toutes les filles ont été invitées à participer à une entrevue structurée en 26 et 28 questions avant la première session du groupe de soutien (de base), et après la dernière session du groupe de soutien (final), respectivement. Les questions visant à évaluer certaines connaissances, attitudes et intentions en matière d'espacement des naissances, de signes de danger pendant la grossesse et de soins du nouveau-né, ont été adaptées à partir des outils existants et connexes²⁴. Le personnel de *Save the Children* et des prestataires formés au Centre de santé Murara ont posé verbalement des questions en Swahili à ceux qui ont participé à la gestion des groupes de soutien. Compte tenu de la courte durée des sessions, ainsi que du manque de temps entre les premier et deuxième groupes, les questions n'ont pas été posées à ceux qui ne participaient pas immédiatement aux activités (Groupe 2) ou ceux qui ont déjà participé à des activités (groupe 1) au moment de la collecte de données auprès de l'autre groupe. En conséquence, aucun contrôle n'a pu être effectué pour ce projet. Le consentement de tous les participants a été demandé avant la collecte des données, et aucune information sur leur identité n'a été recueillie. Les données ont été codées et analysées par le personnel de WCR sur le logiciel de statistiques SPSS.

²³ <http://wrc.ms/X2XF3I>.

²⁴ Adapté de Susan Adamchak et al. "A Guide to Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programs." *FOCUS on Young Adults*. Tool Series 5, 200. http://gametlibrary.worldbank.org/FILES/89_M&E%20Guidelines%20for%20Reproductive%20Health%20Programs-%20FOCUS%20project.pdf et MEASURE Evaluation, "Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health Programs," *Family Planning and Reproductive Health Indicators Database*. http://www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh_indicators/.

2e groupe d'adolescents ciblés : adolescents scolarisés âgés de 12-14 ans

Une série de cinq questions a été posée à tous les élèves des première et deuxième années du secondaire du Lycée Kimbilio et de l'Institut Maendaleo, avant le début de l'activité et à la suite de la dernière activité, respectivement.

Les questions ont porté sur certaines attitudes :

1. Je crois que je suis responsable pour ma santé et mon bien-être.
2. La fille et le garçon sont également responsables pour éviter une grossesse non désirée.
3. Je peux refuser le rapport sexuel avec mon/ma petit(e) ami(e), même si il/elle insiste.
4. Je peux utiliser correctement un préservatif.
5. Je peux demander des renseignements et des services de santé sexuelle et reproductive si j'en ai besoin.

Les réponses proposées aux questions 1-2 ont été ordonnées en vue d'obtenir le degré d'accord ou de désaccord de la déclaration de l'élève, tandis que pour les questions 3-5 le but était d'obtenir le niveau d'assurance de l'élève. Les questions ont été posées par écrit, en français.

En outre, dans le cadre de l'étude pilote, environ 40 élèves choisis au hasard dans les deux écoles ont été suivis de près afin de pouvoir poser davantage de questions sur les connaissances, l'attitude et l'intention. Le questionnaire de base et final pour le groupe au programme intensif contenait 14 et 16 questions respectivement, y compris les cinq questions posées à tous les élèves. Les questions ont porté sur les changements physiques durant la puberté, le VIH et les autres IST, les normes de genre, les relations saines et la prévention de la grossesse, et ont été adaptées à partir de questionnaires existants pour des adolescents plus jeunes.²⁵

Le consentement de tous les participants a été demandé avant la collecte des données, et aucune information relative à l'identification n'a été recueillie. Les réponses aux cinq questions ont été codées et analysées par le personnel du Centre de Recherche et d'enquête de l'Université de Michigan - *University of Michigan Survey Research Center (SRC)* et celles qui venaient des groupes au programme intensif par le personnel de WCR. Le SRC a analysé les données en utilisant une simple différence de moyennes tests t sur le logiciel STATA. Le personnel du SRC a en outre effectué des comparaisons entre les groupes au programme intensif et le reste du groupe d'élèves.

IV. Résultats

1. Améliorer la capacité en services adaptés aux adolescents du Centre de santé Murara et du centre de jeunes affilié

À travers la liste de contrôle de l'AIMF, le Tableau 1 cartographie les caractéristiques relatives aux adolescents au Centre de santé Murara en décembre 2012 et fin novembre 2013. Des améliorations en matière de formation, de réadaptation et de services ont été faites sur la base des lacunes identifiées. Les services disponibles et les éléments détaillés de programme sont cartographiés à l'annexe 1.

²⁵ Adapté de Susan Adamchak et al. "A Guide to Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programs." *FOCUS on Young Adults*. Tool Series 5, 200. http://gametlibrary.worldbank.org/FILES/89_M&E%20Guidelines%20for%20Reproductive%20Health%20Programs-%20FOCUS%20project.pdf et MEASURE Evaluation, "Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health Programs," *Family Planning and Reproductive Health Indicators Database*. http://www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh_indicators/.

Tableau 1 : Liste de contrôle adaptée aux adolescents

Centre de santé Murara	Enquête de base	Enquête finale
Centre de santé		
Heures d'ouverture pratiques	x	x
Emplacement idéal	x	x
Espace et intimité suffisants		x
Cadre confortable	x	x
Prestataire		
Respect des adolescents	x	x
Attitude non critique	x	x
Respect de la vie privée et de la confidentialité	x	x
Conseil par les pairs disponibles		
Prestataires du même sexe si possible	x	x
Strict respect de la confidentialité	x	x
Personnel formé aux caractéristiques des services de santé adaptés aux jeunes		x
Administratif		
Implication des adolescents		x
Garçons et jeunes hommes acceptés	x	x
Orientation vers d'autres services disponible	x	x
Prix abordables		x
Clients impromptus bienvenus	x	x
Publicité et recrutement qui renseignent et rassurent les jeunes		x

Utilisation des services SSR par les adolescents

Le tableau 2 résume l'utilisation globale des services selon le groupe d'âge des adolescents.

Tableau 2 : Nombre d'adolescents ayant eu accès aux services SSR du Centre de santé Murara entre août et novembre 2013

Type de Services	10-14 ans				15-19 ans			
	Août	Sept	Oct	Nov	Août	Sept	Oct	Nov
Conseil	0	1	4	3	14	31	56	22
Contraception	0	0	0	0	0	0	0	32
Traitement IST	0	2	4	3	18	16	36	22
Test VIH	6	3	3	2	41	30	42	40
SPN (nouvelles visites)	0	0	0	0	15	21	24	18
Accouchements	-	-	-	-	1	2	1	3
Services cliniques de VBG	1	0	0	0	1	0	1	2

Suite à la sensibilisation au sein de la communauté par des pairs éducateurs et des agents de santé communautaire -ASC- sur la disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive gratuits, adaptés aux adolescents, une forte augmentation a été observée au niveau du nombre d'adolescents qui visitaient la salle de conseil des adolescents de centre de santé Murara. La raison de la baisse au mois de novembre est inconnue, bien que le personnel des établissements de santé donnent l'indication que les adolescents ont été directement chercher les services dont ils avaient besoin car ils se sentaient à l'aise de le faire. En outre, plusieurs participants du groupe de soutien des mères adolescentes ont également déclaré avoir partagé des

informations sur la contraception avec leurs pairs, ce qui a augmenté l'utilisation des services de planification familiale.

2. Améliorer les connaissances et attitudes positives des adolescents

1^{er} groupe d'adolescentes ciblées : Adolescentes en grossesse et adolescentes mères

Au total, 30 filles âgées de 13 et 18 ans ont participé aux activités des adolescentes enceintes/mères adolescentes. Quatorze filles étaient dans le groupe 1 et 16 filles étaient dans le groupe 2 au départ. Treize et quinze filles étaient respectivement dans les groupes 1 et 2 à la fin. L'âge moyen pour les deux groupes était de 16,5 ans. Les trois participantes de moins de 15 ans ont fait partie du groupe 2, probablement à la suite de la propagation dans la communauté de l'information relative à l'existence du groupe de soutien et surtout, les filles vulnérables se sentaient à l'aise de participer. La grande majorité (25) était célibataire et vivait avec un membre de la famille. Certaines de ces filles ont déclaré vivre avec un partenaire (5) ou avoir un partenaire qui, soit a fui soit est parti au combat. Cinq adolescentes âgées de 14-17 ans étaient mariées. Seulement trois de ces filles ont déclaré vivre avec leurs maris, l'une était une mère de 17 ans dans un couple séro-discordant. Trois des 30 filles ont donné naissance dans les six mois suivant le début de leur participation aux groupes de soutien, et trois autres ont donné naissance au cours du premier mois de leur participation. Le tableau 3 montre les activités proposées aux groupes.

Sessions organisées et kits distribués	Groupe 1	Groupe 2	Total
Sessions de groupe de soutien organisées au Centre de santé Murara	4	4	8
Trousseau de nouveaux nés distribués	14	16	30
Adolescentes ayant participé à au moins une session du groupe de soutien	14	16	30
Adolescentes ayant participé à toutes les 4 sessions du groupe de soutien	14	16	30

En termes de connaissances, attitudes et intentions, même si des améliorations ont été observées, aucune n'était significative. Souvent, ces améliorations sont le résultat de niveaux de base déjà positifs ou de la petite taille de l'échantillon. Par exemple, lorsqu'il a été demandé aux participantes à quel moment du cycle mensuel une femme a le plus de chance de devenir enceinte, elles ont choisi entre les options suivantes : « Pendant ses règles », « Au milieu de son cycle », « Juste après la fin de ses règles » ou « Juste avant ses règles ». Malgré l'absence de changements significatifs, les deux groupes ont montré une amélioration avec des réponses plus correctes de « au milieu du cycle » à la fin de l'étude.

Lorsque la question a été posée aux participantes du groupe 1 de savoir si elles avaient l'intention d'utiliser la contraception dans les 12 mois suivants, soit près de deux fois plus de femmes ont répondu à la question à la fin qu'au départ. Le groupe 2 a enregistré une légère augmentation de la moyenne des intentions d'utiliser la contraception ($p = 0,876$). Bien qu'aucun changement significatif n'ait été constaté dans les deux groupes, l'augmentation globale de la moyenne des réponses du groupe 1 suggère peut-être un impact positif de la participation aux séances de groupe de soutien pour accroître la sensibilisation et une assurance chez les adolescentes enceintes et les nouvelles mères pour qu'elles décident si oui ou non elles vont utiliser une méthode de planification familiale au cours de l'année.

*Un bon projet qui nous a beaucoup aidé avec l'information. Nous disons merci.
(Participant du groupe de soutien)*

Lorsqu'il leur est demandé pendant combien de temps exactement un nouveau-né devrait être exclusivement nourri au lait maternel, les réponses ont varié au départ pour les groupes 1 et 2. Toutes les participantes ont

répondu correctement à la question à la fin de l'étude, indiquant « 0-6 mois ». Une présentation plus détaillée des données est disponible à l'annexe 2 en ligne.

2e groupe d'adolescents ciblés : adolescents scolarisés âgés de 12-14 ans

Les activités menées avec les pairs éducateurs sont énumérées dans le tableau 4. Les pairs éducateurs ont été chargés de la sensibilisation pendant les matchs de basket-ball, d'organiser des groupes de discussion, des parties de jeux de cartes, de distribuer des préservatifs et de jouer des pièces de théâtre. Les matchs de basket-ball et les pièces de théâtre ont touché bien plus que les élèves des deux classes, et de nombreux élèves ont fait part de leur intention de pratiquer l'abstinence ou d'utiliser des préservatifs. Les deux pièces de théâtre ont été suivies par 821 élèves de première et deuxième année, ainsi que par 19 enseignants. Une troisième représentation a eu lieu au Camp des personnes déplacées (IDP) de Mugunga 1, où une sensibilisation de masse a eu lieu.

Tableau 4 : Pairs éducateurs	
Nombre de sessions de formation tenues avec les pairs éducateurs	4
Nombre de sessions de soutien tenues pour les pairs éducateurs	5
Nombre de pairs éducateurs formés	12
Nombre de pairs éducateurs au Lycée Kimbilio	6 (3 garçons, 3 filles)
Nombre de pairs éducateurs à l'Institut Maendaleo	6 (3 garçons, 3 filles)
% pourcentage d'adolescents formés comme pairs éducateurs actifs durant la période pilote	100%

Au départ, les 695 élèves des deux écoles ont répondu au questionnaire de cinq questions administré à tous les élèves dans les deux classes participantes. Parmi eux, 445 étaient du Lycée Kimbilio, tandis que 250 étaient de l'Institut Maendaleo. De l'ensemble des écoles, 304 participants étaient des garçons (156 du Lycée Kimbilio et 148 de l'Institut Maendaleo) et 383 étaient des filles (282 du Lycée Kimbilio et 101 de l'Institut Maendaleo).

À la fin de l'étude, 781 élèves de deux écoles ont répondu au questionnaire, 394 du Lycée Kimbilio et 387 de l'Institut Maendaleo. De l'ensemble des écoles, 375 élèves étaient des garçons (139 du Lycée Kimbilio et 236 de l'Institut Maendaleo) et 405 étaient des filles (254 du Lycée Kimbilio et 151 de l'Institut Maendaleo). Le grand nombre d'élèves à la fin de l'étude est probablement dû à l'absentéisme le jour où le questionnaire de base a été administré. Certains élèves aux séances à la fois de l'enquête de base et l'enquête finale avaient plus de 14 ans donc plus âgés que la moyenne de la classe en raison de conflits qui ont perturbé leur éducation. Les résultats des cinq questions sont présentés dans le tableau 5.



Photo : Une adolescente e

Assertion	Global (p<,05)	Garçons (p<,05)	Filles (p<,05)	Type de changement significatif
1. Je crois que je suis responsable pour ma sante et mon bien-être.	Non	Non	Non	Aucun
2. La fille et le garçon sont également responsables pour éviter une grossesse non désirée.	Non*	Oui	Non	Amélioration pour les garçons uniquement
3. Je peux refuser le rapport sexuel avec mon/ma petit(e) ami(e), même si il/elle insiste.	Oui	Oui	Non	Amélioration globale, principalement pour les garçons.
4. Je peux utiliser correctement un préservatif.	Oui	Oui	Oui	Amélioration
5. Je peux demander des renseignements et des services de santé sexuelle et reproductive si j'en ai besoin.	Oui	Non	Oui	Amélioration globale, principalement pour les filles.

*La différence globale est statistiquement significative à un niveau $p < 0,10$, mais est le produit de la moyenne d'une différence entre les garçons qui est importante et significative à $p < 0,05$, avec une différence entre les filles qui est minime et n'est pas statistiquement significative.

En ce qui concerne la mesure dans laquelle les adolescents pensent qu'ils sont « responsables de leur propre santé et bien-être », au départ, les garçons et les filles ont répondu au départ qu'ils « sont d'accord ». Les deux groupes ont indiqué de légers changements lorsqu'ils ont été interrogés une deuxième fois, mais ces changements n'étaient pas importants.

Lorsque la question « La fille et le garçon sont également responsables pour éviter une grossesse non désirée » leur a été posée, les garçons et les filles étaient généralement d'accord avec l'assertion. Il y a eu une certaine évolution entre les réponses initiales et finales, même si une amélioration significative ($p < 0,05$) n'a été observée que chez les garçons.

Interrogés sur la capacité à refuser d'avoir des relations sexuelles, les garçons et les filles ont montré une amélioration entre les réponses initiales et finales. Le changement global était significatif ($p < 0,01$), mais est dû à une amélioration chez les garçons ($p < 0,01$).

Lorsqu'il a été demandé aux participants s'ils savaient utiliser correctement un préservatif, les garçons et les filles ont déclaré être « un peu confiants » au début de l'étude. À la fin d'étude, les garçons et les filles ont rapporté des améliorations significatives en ce qui concerne leur niveau d'assurance ($p < 0,01$ et $p < 0,05$, respectivement). En tant que groupe, les résultats globaux se sont donc améliorés de façon significative ($p < 0,001$).

La dernière question a sondé les niveaux d'assurance des participants pour rechercher des informations et services de SSR. Les filles ont enregistré le changement le plus significatif vers une plus grande assurance entre le début et la fin de l'étude ($p < 0,001$). Les garçons ont également montré une amélioration de l'assurance, mais pas de manière significative. Une présentation plus détaillée des données est disponible à l'annexe 2 en ligne.

En termes de différences à l'école, alors qu'aucune différence significative entre les deux écoles n'a été observée au départ pour les assertions 1 et 5, des différences importantes et significatives ont été observées

entre les deux écoles au niveau des résultats de base pour les assertions 2, 3 et 4. La raison n'en n'est pas connue. En outre, des différences importantes et significatives ont été observées entre les deux séances pour les assertions 2-5 à l'Institut Maendaleo, mais aucun changement significatif d'aucune nature au Lycée Kimbilio (voir tableau 6). Toutefois, aucun changement global au Lycée Kimbilio ne peut suggérer que certains élèves aient beaucoup évolué, ou qu'il y ait des niveaux de changement différents chez les élèves des deux écoles.

Assertion	Global (p<.05)	Lycée Kimbilio (p<.05)	Institut Maendaleo (p<.05)	Type de changement significatif
1. Je crois que je suis responsable pour ma sante et mon bien-être..	Non	Non	Non	Aucun
2. La fille et le garçon sont également responsables pour éviter une grossesse non désirée.	Non	Non	Oui	Uniquement à Maendaleo, mais pas global
3. Je peux refuser le rapport sexuel avec mon/ma petit(e) ami(e), même si il/elle insiste.	Oui	Non	Oui	Amélioration globale, principalement à Maendaleo
4. Je peux utiliser correctement un préservatif.	Oui	Non	Oui	Amélioration globale, principalement à Maendaleo
5. Je peux demander des renseignements et des services de santé sexuelle et reproductive si j'en ai besoin.	Oui	Non	Oui	Amélioration globale, principalement à Maendaleo

Sur la base des déclarations des élèves eux-mêmes à la fin de l'enquête, sur les 443 élèves qui ont été orientés par *Save the Children* ou des pairs éducateurs vers des services pertinents, 212 sont allés jusqu'au bout du processus, tandis que 160 n'y sont arrivés que partiellement. Seuls 40 élèves ont déclaré qu'ils n'ont pas du tout poursuivi le processus.

En ce qui concerne les groupes au programme intensif d'adolescents scolarisés, alors que 39 élèves ont rempli le questionnaire de base, seuls 33 ont rempli le questionnaire de l'enquête finale. Parmi ceux qui ont rempli le questionnaire de base, 19 provenaient du Lycée Kimbilio et 20 de l'Institut Maendaleo. Dix-sept étaient des garçons (6 du Lycée Kimbilio et 11 de l'Institut Maendaleo) et 22 étaient des filles (13 du Lycée Kimbilio et 9 de l'Institut Maendaleo). Parmi les 33 participants de l'enquête finale, 17 provenaient du Lycée Kimbilio et 16 de l'Institut Maendaleo. Dix-huit étaient des garçons (9 du Lycée Kimbilio et 9 de l'Institut Maendaleo) et 15 étaient des filles (8 du Lycée Kimbilio et 7 de l'Institut Maendaleo). Une comparaison des performances du groupe au programme intensif avec les autres groupes des deux classes figurent au Tableau 7.

Nous voulons que ce projet se poursuive et pas seulement pour les deux classes mais pour tous. (Participant du groupe d'élèves du programme intensif)

Tableau 7 : Changements au niveau de l'attitude parmi les élèves du groupe au programme intensif comparé aux autres élèves

Assertion	Tous les élèves (p<.05)	Groupe du programme intensif (p<.05)	Type de changement significatif au niveau du groupe du programme intensif
1. Je crois que je suis responsable pour ma sante et mon bien-être.	Non	Non	Aucun
2. La fille et le garçon sont également responsables pour éviter une grossesse non désirée.	Non	Non	Aucun
3. Je peux refuser le rapport sexuel avec mon/ma petit(e) ami(e), même si il/elle insiste.	Oui	Non	Aucun
4. Je peux utiliser correctement un préservatif.	Oui	Oui	Amélioration
5. Je peux demander des renseignements et des services de santé sexuelle et reproductive si j'en ai besoin.	Oui	Non	Aucun

De manière générale, une nette amélioration a été observée pour trois des cinq attitudes (p<.05), tandis qu'au niveau du groupe au programme intensif, les élèves n'ont montré une nette amélioration sur leur niveau d'assurance que pour l'assertion « Je peux utiliser correctement un préservatif » (p<.05).

Lorsque plus d'un suivi a été effectué auprès des élèves du groupe au programme intensif concernant leur comportement sexuel, sur les deux qui ont déclaré être sexuellement actifs au départ, un utilisait la méthode du retrait et l'autre n'utilisait pas de contraception. À l'enquête finale, parmi les élèves qui avaient déjà eu leur premier rapport sexuel, cinq utilisaient un moyen de contraception, deux n'en utilisaient pas et une n'était pas sexuellement active. Au moment de l'enquête finale, sur la base des informations données par les élèves eux-mêmes, parmi les 12 élèves qui ont été orientés vers d'autres services pertinents par *Save the Children* ou des pairs éducateurs, huit ont suivi tout le processus jusqu'au bout.

Malgré le peu de changements significatifs – dus à diverses raisons probables, dont un échantillon restreint du groupe de suivi intensif – il y a eu des améliorations et les participants ont exprimé leur reconnaissance et grande satisfaction pour l'occasion qui leur a été donnée d'en apprendre sur leur santé sexuelle.



Photo : Un membre de l'équipe de Save the Children montre à un éducateur comment utiliser correctement un préservatif au cours d'une session de formation.

V. Défis relevés

L'insécurité : La situation sur la sécurité à Goma reste très instable, elle oscille entre un niveau d'alerte élevée et une tension réelle. La présence de nombreux groupes armés a bouleversé aussi bien les priorités définies par *Save the Children*, que la sécurité du personnel. La formation à l'utilisation de la *Boîte à Outil SSRA* a été interrompue pendant plusieurs jours suite à la fermeture du bureau due aux violences inter-états en août 2013. Les dégâts matériels dans les écoles expliquent le retard dans la reprise des cours. Pour cela, les écoles ont exigé des enseignants et des élèves d'œuvrer pour leur réhabilitation, ce qui ne leur a pas permis de vaquer à d'autres occupations. L'insécurité a également augmenté les charges initiales de *Save the Children*, puisque le projet a pris en charge le transport de la majorité des adolescents participants.

- Pour être toujours en mesure de comparer les adolescents ciblés, tandis que les nouvelles sessions de soutien pour les filles enceintes/ nouvelles mères pouvaient être décalées, les activités des adolescents en milieu scolaire ont été menées parallèlement. Les activités ont été menées dans deux écoles en vue de comparaison. En outre, elles ont été conçues pour être une série d'activités ciblées et intenses, afin de compenser les pertes de temps et de participation suite aux retards de l'ouverture des écoles et à l'insécurité.
- Étant donné que la prise en charge directe du transport ou le paiement des frais de transport des participants avaient des incidences financières et/ou logistiques lorsqu'un grand nombre d'adolescents étaient ciblés, *Save The Children* a élargi la sensibilisation par le biais des pairs éducateurs – aussi bien dans le camp de PDI lors des activités théâtrales – ce qui a réduit certains obstacles à l'accès.

Les attitudes négatives des prestataires : Malgré les expériences antérieures de SSRA avec les projets des ONG internationales, le personnel du Centre de Santé Murara a montré certaines idées fausses répandues concernant les programmes de SSR, comme l'utilisation des préservatifs qui encourage la promiscuité.

- Le personnel de Santé qui a pris part au programme de formation de la *Boîte à outils SSRA* a été pré-sélectionné pour s'assurer que ceux qui travailleraient régulièrement avec les adolescents soient bien formés pour donner des conseils et services adaptés aux adolescents. Aussi, *Save the Children* a apporté une assistance dans la supervision et fourni un feedback régulier pour encourager les attitudes saines en matière de SSRA.

Les lacunes du personnel du projet en ce qui concerne les méthodes participatives : Les méthodes participatives dans l'enseignement ne sont pas la norme à Goma. Lorsque le Personnel de *Save the Children* a adopté ces méthodes, il a eu besoin d'appui et de conseils pour exécuter les activités de façon interactive.

- *Save the Children* a utilisé ses ressources internes tel que sa nouvelle "*Boîte à Outils pour la Formation Participative dans le domaine de la Santé*", et formé les prestataires en matière de méthodes participatives mentionnées dans le programme de SSRA. L'évaluation de la formation a montré que 90% des participants ont manifesté leur satisfaction concernant les méthodes participatives de formation ; la moyenne aux tests de ceux qui ont été formés avant et après la formation a augmenté de 65,2 % à 75,3 %.

Le manque de confidentialité dans les services de SRH : Le Centre de santé manquait initialement d'espace confidentiel (le cloisonnement ou la séparation des salles de conseil pour offrir une certaine discrétion).

- En plus de la formation des prestataires dans le domaine, la mise en place d'une salle de conseil adjacente au centre de jeux des jeunes dans le centre de santé a offert un cadre privé.

Le faible taux de participation féminine : Un déséquilibre a été constaté entre les deux sexes au début des activités, dont l'atelier de formation en SSR et d'art qui a attiré plus de garçons que de filles.

- Le projet a sélectionné des adolescentes enceintes/des nouvelles mères, aussi bien les deux sexes en milieu scolaire dans les groupes d'adolescents ciblés, afin de s'assurer que les filles sont réellement touchées. Une grande priorité du projet était de réaliser aussi bien l'équilibre entre les deux sexes lors du recrutement des pairs éducateurs, que leur participation aux activités.

Le Taux d'analphabétisme élevé des adolescents : Bien que plusieurs participants aient eu l'opportunité d'avoir été scolarisés, au cours des ateliers organisés, près de 30 % des adolescents ont montré des difficultés à lire et à écrire.

- S'appuyant sur l'expérience de *Save the Children* qui a travaillé avec des groupes d'enfants de niveau faible, l'équipe a utilisé des méthodes créatives dont le théâtre pour toucher tous les adolescents.
- Les questionnaires de l'enquête initiale et finale destinés aux filles enceintes/nouvelles mères, aux pairs éducateurs et aux adolescents scolarisés ont été convertis de la forme écrite à la forme orale.

La gestion de l'hygiène des menstruations et l'impact sur la présence des filles : Au cours de la formation, plusieurs éducateurs ont révélé que le manque d'accès aux serviettes hygiéniques n'offre aux filles aucun autre choix que celui de rentrer chez elles dès l'apparition des règles à l'école. Aussi, les discussions de groupe avec les enseignants et les filles ont révélé que les filles en règles ont vécu des situations embarrassantes et humiliantes de la part de leurs pairs. Les filles n'avaient pas accès au traitement contre les douleurs et aux serviettes hygiéniques à prix abordables. Les enseignants ont signalé l'absentéisme des filles ; certaines sont renvoyées à la maison. La mauvaise gestion des déchets faisait que les latrines étaient bouchées, et l'école ne disposait ni de serviettes hygiéniques ni de matériel scolaire.

- *Save the Children* a intégré dans les écoles la gestion de l'hygiène pendant les règles en diffusant des informations via les pairs éducateurs. Le projet a élaboré des brochures d'informations ; distribué des produits sanitaires gratuitement (des serviettes hygiéniques, des détergents et des sous-vêtements) aux filles dont les règles sont arrivées à l'improviste pendant qu'elles étaient à l'école ; et aussi la distribution de savon pour se laver les mains, des poubelles et des gants pour la gestion des déchets sanitaires et un petit miroir pour contrôler les vêtements dans les toilettes des filles ; et la création d'un « comité d'hygiène menstruelle » composé d'une enseignante et des pairs éducatrices pour divulguer les informations et se charger de la distribution du matériel sanitaire.

VI. Réflexions et enseignements tirés

1. Les Organismes—humanitaires et de développement—doivent investir leur temps et du personnel dans le développement d'un environnement propice aux adolescents

Comme mentionné dans le rapport de SSRA, un investissement institutionnel considérable en temps et en ressources humaines est nécessaire pour construire l'environnement favorable pour la promotion de la SSR. Cet investissement permet aux programmes de mener des actions essentielles pour maximiser l'efficacité du programme. Ces actions sont :

- La sensibilisation de la communauté ;
- les négociations avec le Ministère de la Santé, les centres de santé, les écoles et d'autres parties prenantes ;
- les matériaux prévus sont contextualisés et adaptés à la culture ;
- Le recrutement et le renforcement des capacités du personnel du programme ;
- La formation des agents de santé concernant les relations entre adolescents, en particulier les nouvelles techniques relatives à l'engagement des adolescents et le renforcement des compétences, et rendant le contact facile aux adolescents ;
- Une formation adéquate des pairs éducateurs pour mener en toute confiance les activités ; et
- L'élaboration de procédures de référence, en particulier pour les cas de complications et d'accouchement par césarienne.

Afin de prioriser la SSRA, la mise en place d'une équipe solide de gestion de projet à Goma a accéléré la mise en œuvre. Bien que les programmes intégrés qui tiennent compte de la santé des adolescents soient vivement souhaités, ils sont réalisables dans des situations de crise de longue durée que dans des situations graves urgentes. Le projet a également montré que la formation particulièrement est nécessaire à deux niveaux. Il s'agit de la formation interne du personnel du projet, ainsi que de la formation externe des prestataires de services, des enseignants et des pairs éducateurs.

2. Les programmes de SSRA en situations d'urgence doivent viser des objectifs réalisables à court terme

Un des défis majeurs du projet a été l'insécurité récurrente et les nombreux retards dans la mise en œuvre qui ont finalement abouti à des interventions beaucoup plus courtes orientées vers les groupes cibles. Bien que statistiquement, un changement perceptible de comportements des élèves ait été constaté, en particulier chez les garçons, les changements significatifs ont été en général faibles. Les résultats attestent que pour les programmes d'urgence de courte durée, les connaissances et les attitudes sont plus facilement influencées, pendant que le changement de comportement est plus difficile à contrôler avant la stabilité. En outre, les obstacles structurels et systémiques, tels que l'incapacité d'une famille à payer les frais de scolarité qui entrave la participation, vont au-delà des défis actuels du projet ; les programmes doivent concevoir des activités adaptées pour étendre la portée et équilibrer les réalisations de succès à court terme et de solutions pérennes à long terme pour les adolescents qui resteraient au-delà de la durée du programme. En principe, des actions SSRA devraient être intégrées dans toutes les propositions de projet, puisque le financement et la durabilité ne peuvent être assurés que si la SSRA est considérée comme partie essentielle du programme de SSR.

3. De nouveaux groupes vulnérables émergent durant les conflits

Lorsque les filles enceintes/les nouvelles mères et les adolescents en milieu scolaire ont été sélectionnés comme des groupes cibles, les conflits ont créé d'autres groupes vulnérables qui ont un accès limité aux programmes et aux services. La pauvreté à Goma a conduit les jeunes filles à la prostitution, et les garçons déscolarisés constituent l'un des groupes qui fréquentent les travailleuses du sexe. Cette situation pose

donc un problème aussi bien aux garçons qu'aux filles. La plupart des filles sont victimes de VBG, et le projet a eu besoin d'interventions de programmes plus solides pour faire face aux conséquences non physiques de cette violence systémique. De pareils groupes devraient être mieux ciblés dans des contextes humanitaires, et les programmes de protection/VBG doivent collaborer étroitement avec les programmes de santé pour fournir des soins adéquats aux survivants qui prennent en compte leurs besoins de protection, psycho-sociaux et sanitaires.

4. Des moyens créatifs devraient être utilisés pour atteindre les adolescents

La fresque murale du Centre de Santé Murara s'est avérée être une approche créative et durable de communication efficace de messages sur la santé, tout comme les groupes de théâtre. Pendant que les élèves et la communauté ont affirmé que les documents fournis IEC/BCC ont été bien reçus, certains de ces documents ont été parfois retirés des écoles. Vu le temps requis pour développer, interpréter, contextualiser et imprimer les ressources, la peinture murale s'est révélée être un moyen efficace, effectif et participatif de diffusion de messages durables pour les adolescents. Les groupes de théâtre étaient relativement moins coûteux et populaires chez les élèves ; le développement d'un partenariat à long terme entre les élèves et le groupe de théâtre local pourrait permettre aux pairs éducateurs de développer et de produire leurs propres pièces de théâtre, ainsi que de renforcer leur capacité et assurance durant la période du passage à l'âge adulte. Les groupes de soutien ont été également un moyen populaire pour atteindre les filles enceintes/les nouvelles mères. Dans le plan initial de mise en œuvre il était prévu des sessions de 45 à 60 minutes ; cependant, ces sessions ont fini par durer jusqu'à trois heures, suivies d'un repas. Les jeunes et adolescentes mères ont déclaré qu'elles ont été bien soutenues malgré leurs situations difficiles.

5. Les activités éducatives par les pairs devraient être intégrées dans les programmes des adolescents, comme les heures de récréation

Le projet a mené la plupart des activités éducatives après les heures de classes. Cependant, ce n'était pas l'idéal puisque les élèves sont souvent tenus de rentrer chez eux aussitôt après les classes afin d'aider leurs familles dans les travaux ménagers et passer du temps avec elles. Vu cette expérience, les activités éducatives par les pairs pourraient être insérées dans les heures de récréation ou durant les cours tel que « l'éducation à la vie ». Cette solution est particulièrement réalisable en RDC où la matière de l'éducation à la vie existe déjà dans le programme scolaire des écoles secondaires. Le programme pourrait être mis à jour et bénéficier d'un contenu attrayant adapté aux adolescents, et de davantage de méthodes participatives d'apprentissage.

6. L'adhésion de la communauté est essentielle pour la pérennité du projet

L'importance de l'adhésion de la communauté est primordiale, puisque que le personnel du Centre de Santé Murara et les maîtres d'écoles se sont engagés à œuvrer pour la SSRA et ont demandé des informations et activités complémentaires. Une fois formés, ils ont souvent pris les devants pour gérer les problèmes malgré les budgets insuffisants, avec leur sens de la débrouillardise et leur créativité. Cette débrouillardise et cet engagement peuvent aller au-delà de la durée d'un projet en vue de l'intégration d'attitudes et d'approches adaptées aux jeunes.

VII. Conclusion

Le présent projet a rendu opérationnel de bonnes pratiques pour générer une demande en services de SSRA mais en tant que projet pilote, malheureusement il est arrivé à terme au moment où il a atteint son apogée. Il a suscité un grand intérêt et de la demande en matière de services de SSRA ; des ressources supplémentaires pour le long terme sont nécessaires pour le soutenir. Il ressort de ce projet que l'idéal serait que le ciblage des adolescents marginalisés fasse partie d'un projet exhaustif de SSRA, et les stratégies communautaires devraient inclure des ressources affectées à la mobilisation, la sensibilisation et la communication à l'endroit de la communauté par des organisations locales de petite envergure. Bien que le projet ait mis en place des principes pour identifier les bonnes pratiques, un financement supplémentaire est nécessaire pour le renforcer, mettre en œuvre les enseignements tirés et continuer de diversifier les actions de SSRA afin de faire face aux besoins des adolescents les plus vulnérables. Une recherche rigoureuse est encore toujours nécessaire pour savoir comment atteindre efficacement les sous-populations vulnérables (les jeunes adolescents et les adolescents mariés notamment) et concevoir des pratiques de programmes qui expérimentent d'autres modèles de développement.

VIII. Les limites

Le projet de Goma a rencontré plusieurs obstacles. Si au départ il visait à exploiter d'autres aspects des bonnes pratiques répertoriées dans le rapport de SSRA, cela n'a pas été tout à fait possible, compte tenu des contraintes de budget et du contexte. Cela a été notamment le cas en ce qui concerne le principe d'intégration du programme, où les liens entre la protection de l'enfance, l'éducation, la santé et les moyens de subsistance – devraient-ils tous exister – auraient fourni un programme de SSRA plus holistique et exhaustif.

Plus de temps aurait dû être prévu à la fois pour espacer les groupes d'adolescents ciblés et mettre en œuvre d'autres activités au sein de chaque groupe durant une période plus longue. Cela aurait permis la conception quasi – expérimentale de séries chronologiques à interruption. L'insécurité, ainsi que la capacité restreinte en personnel, ont occasionné des activités de groupes synchronisées pour les élèves et des activités de plus courte durée pour tous les groupes. Malgré cela, deux groupes d'adolescentes enceintes/nouvelles mères et d'adolescents en milieu scolaire ont été ciblés (mais pas en tant que groupes témoins), permettant une comparaison entre les groupes pour des actions futures ciblées.

Compte tenu des problèmes d'alphabétisation parmi les adolescents et du nombre limité de personnel, les questionnaires écrits pour les enquêtes de base et finales ont été transformés en questionnaires oraux. Les questions ont été posées aux adolescents ciblés par le personnel de *Save the Children* et du Centre de Santé Murara ; par conséquent, des préjugés sociaux pourraient apparaître dans les réponses. Cependant les cinq questions posées aux participants qualifiés du Lycée Kimbilio et de l'Institut Maendaleo l'ont été dans des questionnaires écrits.

L'appariement des données aurait offert la possibilité d'une analyse approfondie entre l'enquête de base et l'enquête finale, mais cela n'a pas été possible. Néanmoins, des informations précieuses pourraient être tirées, y compris les domaines où des changements importants ne se sont pas opérés, ce qui constitue un enseignement important pour améliorer le programme.

IX. Annexes

- Annexe 1 : Cartographie du programme
- Annexe 2 : Résultats détaillés des groupes d'adolescents ciblés (en anglais : <http://womensrefugeecommission.org/resources/reproductive-health/1001-asrh-pilot-annex-final/file>)

Annexe 1 : Cartographie du programme

Centre de santé Murara		
	Enquête de base	Enquête finale
Composantes du développement du Programme		
Évaluation des besoins	*	X
Participation communautaire	*	X
Implication des parents		
Participation des adolescents		X
Instruments ou matériaux d'orientation disponibles		X
Formation	*	X
Communication et sensibilisation		
Collègues	*	X
Pièces de théâtre		X
IEC/CCC		X
Programme Radio		
Programme télévisé		
SMS par portable		
Assistance téléphonique		
Connaissance en informatique		
Implication des parents		
Sensibilisation des responsables communautaires/religieux	*	X
Sensibilisation et autre éducation		
Santé générale	X	
VIH	X	X
Sexualité	X	X
Fécondité		X
Normes relatives au genre		
Formation des prestataires de santé	X	X
Formation des parents		
Services généraux de SSRA		
Soutien scolaire		X
Formation en compétences de vie		X
Formation professionnelle/moyens de subsistance		
Autonomisation des jeunes		X
Programmes des jeunes mères		X
Prévention des rapports sexuels transactionnels		
Prestation de services de santé	X	X
Collecte de données sur l'utilisation de services	*	X
Centres de jeunes		

Journées de la santé/campagne d'information sanitaire		X
Activités de sensibilisation itinérantes	*	X
Services généraux de santé pour adolescents		
Cliniques adaptées aux adolescents	*	X
Planification familiale/ prévention de grossesse	**	X
Prise en charge des IST	**	X
Soins prénatals	**	X
Centre d'accouchement/de soins postnatals	**	X
Santé mentale et counseling		
Services SSR pour adolescents		
Traitement des fistules		
Soins Post-avortement		
Contraception d'urgence post viol	*	X
Traitement des blessures après un viol	*	X
Prise en charge et traitement du VIH	*	X
Services de planification familiale		
Conseil en planification familiale	*	X
Préservatifs masculins	*	X
Préservatifs féminins	*	X
Pilules	*	X
Contraception d'urgence	*	X
Injectables	*	X
Implant	*	X
DIU	*	X
MAMA	*	X
Retrait		X
Méthode du calendrier	*	X
Planification familiale post-avortement		X
Services de renvoi		
Traitement des lésions après un viol	X	X
Planification familiale/prévention de grossesse	X	X
Prise en charge et traitement des IST	X	X
Soins prénatals	X	X
Traitement des Fistules	X	X
Soins après avortement	X	X
Prise en charge et traitement du VIH	X	X
Centres d'accouchement/soins postnatals	X	X
Santé mentale et counseling		
Contraception d'urgence après viol	X	X
* Existait auparavant lorsque le centre de santé Murara était financé pour mener des activités spécifiques pour les adolescents.		
** De manière générale, ces services étaient fournis, mais ne visaient pas les adolescents. Si les adolescents cherchent ces services, ils sont servis, mais les prestataires ont indiqué que les adolescents ont cessé de visiter le centre en raison de l'absence d'espaces confidentiels pour les jeunes et des frais associés aux services de PF.		



Women's Refugee Commission
122 East 42nd Street
New York, NY 10168-1289
212.551.3115
info@wrcommission.org
www.womensrefugeecommission.org



Save the Children
2000 L Street, NW, Suite 500
Washington, DC 20036
202. 640.6600
www.savethechildren.org



UNHCR Genève
Section Santé publique et VIH,
Division de l'Appui et de la Gestion des Programmes
4 Rue de Montbrillant
1211 Genève, Suisse
www.unhcr.org/hiv aids/
www.unhcr.org/health/