



La santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire :

Une étude approfondie des services de planification familiale

Décembre 2012



Recherche. Réexamen. Résolution.

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 ayant des programmes dans plus de 120 pays à travers le monde. Notre mission est d'inspirer des avancées dans la façon dont le monde traite les enfants, et de réaliser un changement immédiat et durable dans leur vie.

Remerciements

Le présent rapport a été préparé et rédigé par Mihoko Tanabe et Jennifer Schlecht de la Commission des femmes pour les réfugiés, et Seema Manohar de *Save the Children US*. Noreen Giga, Torianne Mason, Kadhambari Sridhar et Erin Stone y ont apporté leurs contributions. Le rapport a été substantiellement révisé par Sandra Krause et d'autres commentaires ont été reçus de Dale Buscher, Elizabeth Cafferty, Josh Chaffin, Kathryn Paik et Joan Timoney, tous de la WCR. Diana Quick de WCR a édité et conçu le document.

Cécile Mazzacurati du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Brad Kerner de SC, en tant que responsables clés du Sous-groupe de travail inter organisations sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les situations de crise, ont joué un rôle très important dans la priorisation de la documentation sur les bonnes pratiques dans ce domaine et ont fourni des conseils techniques pour le présent rapport. Nadine Cornier et Ouahiba Sakani avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) ont en outre assuré la supervision et l'orientation du projet.

La Commission des femmes pour les réfugiés et *Save the Children* tiennent à remercier le personnel du réseau de la santé reproductive des adolescents à Mae Sot, en Thaïlande, Straight Talk Foundation à Kampala et Gulu, en Ouganda, ainsi que Profamilia en Colombie, pour avoir accueilli l'équipe d'évaluation de leurs programmes. Phyllis Awor a dirigé les activités de collecte de données dans les districts de Gulu, et Erika Garcia en Colombie. Notre reconnaissance va en particulier à : Andres Quintero (Colombie); Daphne Lessard, Khee Paw Lar et Norda Prisangdat (Thaïlande), Susan Ajok et Pauline Kabagenyi (Ouganda).

Cette étude a été généreusement soutenue par le HCR et UNFPA.

Photographies © Women's Refugee Commission sauf indication contraire. Photo de couverture, adolescentes au Mali, par Joshua Roberts, *Save the Children*.

© 2012 Women's Refugee Commission and *Save the Children*

ISBN: 1-58030-106-1

Women's Refugee Commission
122 East 42nd Street
New York, NY 10168-1289
212.551.3115

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

info@wrcommission.org
womensrefugeecommission.org

www.savethechildren.org

Table des matières

Résumé analytique	1
Principales conclusions	1
Recommandations	3
Introduction	5
Contexte.....	5
Méthodologie	8
Résultats	9
Cartographie des programmes existants de SSRA en situation de crise humanitaire.....	9
Études de cas illustrant de bonnes pratiques	13
Adolescent Reproductive Health Network, Mae Sot, Thaïlande	14
Raise Project Colombie	18
Gulu Youth Center, Gulu District, Ouganda	22
Enseignements tirés	27
Conclusion.....	33
Annexes.....	34
Méthodologie détaillée.....	34
Limites	36
Liste des programmes de SSRA fournissant au moins deux méthodes de PF	37
Cartographies des programmes de SSRA: Résumé des principales conclusions	38
Notes de fin de document	41

Acronymes et Abréviations

ARC	American Refugee Committee
CU	Contraception d'urgence
DIU	Dispositif intra-utérin
EAS	Exploitation et abus sexuels
FGD	Discussions de groupe
FHOK	Family Health Options Kenya
HAGN	Haiti Adolescent Girls Network
HCR	Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IASC	Comité permanent inter organisations
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'aménorrhée de lactation
MGF	Mutilation génitale féminine
OBC	Organisation à base communautaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PEP	Prophylaxie post exposition
RHRC	Reproductive Health Response in Crises Consortium
STF	Straight Talk Foundation
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

À l'échelle mondiale, 16 millions d'adolescentes âgées de 15-19 ans et deux millions de filles de moins de 15 ans accouchent chaque année. Dans les régions les plus pauvres du monde, cela se traduit par environ une jeune fille sur trois enceintes à l'âge de 18 ans. Les adolescentes sont les plus exposées à la mortalité maternelle : le risque de décès lié à la grossesse est deux fois plus élevé chez les filles de 15-19 ans et cinq fois plus chez les filles de 10-14 ans par rapport aux femmes dans la vingtaine. En outre, les adolescentes enceintes sont plus enclines que les adultes à chercher à faire des avortements non médicalisés ; environ trois millions d'avortements à risque se produisent chaque année chez les filles de 15-19 ans. Dans les situations humanitaires, les risques de grossesse sont aggravés pour les adolescentes qui sont plus exposées aux rapports sexuels forcés, à l'augmentation de la prise de risque et la disponibilité réduite des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) et de la sensibilité à ces services. Lors d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle, les structures familiales et sociales sont souvent perturbées, et les services éducatifs et sociaux interrompus. Les adolescents peuvent devenir sexuellement actifs lorsque peu de services de protection sont disponibles, et les filles en particulier sont vulnérables aux agressions et exploitations sexuelles. Ces risques augmentent leur vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles, aux grossesses non désirées et aux avortements à risques. Dans le même temps, les adolescents en situation de crise ont les mêmes besoins et désir d'informations sur la SSR et les services que leurs semblables dans des situations de non-crise. Investir dans la SSR chez les adolescents peut retarder la première grossesse, réduire la mortalité maternelle, améliorer la santé, contribuer aux objectifs généraux de développement et réduire la pauvreté.

En vue de répondre aux besoins spécifiques des adolescents en matière de SSR dans un contexte humanitaire, le Groupe de travail inter organisations sur la santé reproductive en situation

de crise a préparé un chapitre sur la SSRA dans le *Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* (IAFM).¹ Save the Children et le Fonds des Nations Unies pour la population ont développé en complément une *boîte à outils pour la Santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire*² en vue de fournir des orientations et des outils pour la mise en œuvre du programme.

Bien que la SSRA bénéficie d'une plus grande attention dans les contextes de développement et de l'humanitaire, il existe peu de documentation sur les progrès accomplis à ce jour dans les contextes humanitaires, ou de programmes qui intègrent efficacement les services de SSR, y compris la planification familiale, pour cette population. En vue de combler cette lacune, la Commission des femmes pour les réfugiés et Save the Children a entrepris un exercice d'un an pour cartographier les programmes existants de SSRA qui sont mis en œuvre depuis 2009 et documenter les bonnes pratiques, en vue d'orienter la prestation de services de SSRA en situations de crise humanitaire. Ceci a été réalisé grâce à une enquête auprès des praticiens et des analyses de financement de l'humanitaire, des entretiens avec des informateurs clés, et la collecte d'études de cas sur les bonnes pratiques.

Principales conclusions

L'enquête a atteint plus de 1 200 personnes par le biais de diverses listes de diffusion connexes. Sur la base de plus de 200 réponses, 37 programmes se sont penchés sur les besoins de SSR pour les 10 à 19 ans dans les milieux touchés par la crise depuis 2009. Seulement 21 de ces programmes offraient au moins deux méthodes de contraception, et aucun ne se trouvait dans une situation d'urgence aiguë.

Depuis 2009, les propositions en matière de SSRA par des appels éclairs et consolidés³ ont représenté moins de 3,5 pour cent de toutes les propositions en matière de santé, et la majorité

d'entre eux n'ont pas été financés. En outre, très peu de programmes d'évaluation et de recherche axés sur les situations de crise se sont penchés sur l'impact des interventions de SSRA au niveau de la population.

Malgré ce manque de programmes, des pratiques notables pour la SSRA en situations de crise existent. Trois programmes parmi les 21 ont été identifiés et sont considérés « efficaces » dans leur prestation de services de santé sexuelle et reproductive en démontrant l'utilisation accrue de la contraception : Profamilia en Colombie, Adolescent Repro-ductive Health Network en Thaïlande, et Straight Talk Foundation dans le nord de l'Ouganda. En outre, plusieurs programmes montrent des approches prometteuses, y compris l'utilisation d'un modèle de consortium en vue de répondre aux besoins de cette population, la fourniture de services de SSRA dans les programmes scolaires, la collaboration avec les populations urbaines déplacées, et l'inclusion de la SSRA dans les activités liées à la réduction des risques.

Un examen plus approfondi des programmes notables recensés indique que :

- **Les programmes qui ont connu un succès ont fait en sorte que les parties prenantes participent pour bâtir la confiance de la communauté et obtenir le soutien des adultes.**
- **La participation et l'engagement des adolescents, au-delà de la participation symbolique et dès l'apparition d'une situation d'urgence, sont essentiels pour renforcer leur adhésion et une demande accrue des services.**
- **Les programmes de SSRA qui connaissent un succès sont adaptés aux différents besoins des sous-groupes de population des adolescents, y compris les adolescents mariés/non mariés ; scolarisés/non scolarisés et handicapés.**
- **Un personnel qualifié et dévoué en SSRA, y compris le personnel clinique, est indispensable pour garantir la qualité des services.** Les programmes solides mettent l'accent sur l'identification et le recrutement

de personnel ayant une formation appropriée, et investissent dans la sensibilisation, la formation continue et le soutien du personnel.

- **La fourniture de services complets de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents sur un seul site peut accroître l'utilisation des services.** Les adolescents sont mieux servis par des interventions qui répondent à des besoins multiples. L'intégration des services de SSR, y compris l'éducation sexuelle, le renforcement des compétences pour négocier des pratiques sexuelles sûres, la planification familiale, le VIH et la prise en charge complète de l'avortement là où la loi améliore leur utilisation au sein de cette population critique pour laquelle référer à d'autres services peut être difficile.
- **Les programmes solides adoptent une approche complète et multi-sectorielle en matière de programmation SSRA qui va au-delà des services de santé en établissement et un accent SSR cloisonné.** Grâce à des modèles de réseaux et à de solides mécanismes d'orientation ou de programmation globale, les programmes efficaces de SSRA offrent aux adolescents plus que des services cliniques de SSR. Il s'agit notamment de la protection, des compétences de vie, de l'alphabétisation, du calcul, de la formation professionnelle et des techniques de subsistance, entre autres services pertinents.
- **Les programmes efficaces offrent des stages de perfectionnement, de supervision structurée, une reconnaissance et un mentorat continu aux pairs éducateurs en vue de résoudre les questions de motivation et de rétention.**
- **Des stratégies flexibles de sensibilisation, ainsi que l'inclusion d'un budget de transport, sont nécessaires pour atteindre les adolescents dans des zones instables et autrement difficiles à atteindre.**
- **Inclure la SSRA au cours de la préparation aux situations d'urgence permet de s'assurer que les besoins essentiels de la population ne sont pas négligés dès l'apparition des urgences.** Impliquer les adolescents dans les efforts de préparation est une première étape importante. En outre, le pré-positionnement de fournitures ; la disponibilité des matériaux

d'information, d'éducation et de communication, ainsi que les pairs éducateurs formés permettront de mieux assurer les besoins de SSR des adolescents dans les premiers stades d'une situation d'urgence.

En examinant l'état des programmes SSRA en situation de crise, il est possible de mieux comprendre les réalisations faites à ce jour, ainsi que les progrès qui restent à faire dans ce domaine. La disparité dans le nombre de programmes de SSRA, ainsi que dans des programmes de SSRA efficaces, est telle que des adolescents seront incapables de contrôler leur propre santé sexuelle et reproductive. Malgré les bonnes pratiques, les défis et les lacunes demeurent, tels que les **fournitures de SSR limitées, notamment les contraceptifs**, ainsi que **les changements de priorités de programme influencés par les donateurs** qui ont un impact sur la prestation des services essentiels de santé sexuelle et reproductive, à l'instar de la planification familiale. Les programmes d'études de cas montrent clairement l'impact du financement et des changements de priorité des donateurs en ce qui concerne les services de planification familiale pour les adolescents.

Recommandations

Sur la base de ces constatations, les recommandations suivantes ont été formulées pour traiter et atténuer les risques liés à la SSR pour les adolescents en situation de crise.

Les donateurs et les gouvernements devraient :

- **Financer urgemment des programmes portant sur la SSRA dans le cadre du dispositif minimal de services initiaux (MISP) de santé reproductive** pour répondre aux besoins vitaux en cas d'extrême urgence.
- **Accroître le soutien à une programmation de SSRA complète, globale, et flexible** pendant les périodes de crises prolongées et de redressement, compte tenu des bonnes pratiques, de la flexibilité et de la créativité nécessaires pour relever les défis en rapport aux besoins de cette population.

- **S'engager à un financement pluriannuel** pour appuyer des processus itératifs et de réflexion, d'élaboration de programmes qui engagent les adolescents.
- **Renforcer les programmes de développement qui répondent aux besoins de SSR des adolescents à risque de déplacement, au cours de la préparation aux situations d'urgence.**

Le **Secteur/cluster santé** en situation de crise devrait :

- **Promouvoir, établir des priorités et approuver des projets comprenant la SSRA dans les appels de fonds humanitaires** afin de s'assurer que celle-ci est incluse dans les interventions d'urgence.
- **Intégrer la SSRA au niveau des partenaires du secteur/cluster et de santé pour une réponse coordonnée.**

Les organisations humanitaires fournissant des services SSR ou des services adaptés aux enfants dans les situations de crise humanitaire devraient :

- **Intégrer la diversité de la population des adolescents dans les programmes en cours d'exécution de santé sexuelle et reproductive, de protection des enfants et d'éducation en adoptant des approches et des stratégies de sensibilisation adaptées aux adolescents.** Les personnels en charge de la SSR, de la protection des enfants et de l'éducation devraient être formés à la prestation de services adaptés aux adolescents pour réduire les tendances biaisées des prestataires et établir la confiance. En outre, les programmes doivent être adaptés pour répondre aux besoins uniques de cette population diversifiée (les très jeunes adolescents, les adolescents scolarisés/non scolarisés, les adolescents mariés / non mariés et adolescents handicapés, entre autres sous-groupes marginalisés).
- **Contrôler l'utilisation des services par le biais de la collecte de données décomposées par sexe et par âge.** Cette décomposition doit comprendre les 10-14, 15-19 et 20-24 ans.

Les organisations humanitaires de santé désireuses de fournir des services de SSRA en situations de crise humanitaire devraient:

- **Promouvoir et tenir compte des adolescents pour les réponses DMU en cas d'extrême urgence.** L'inclusion de la SSRA dans les propositions de SSR en urgence, la violence basée sur le genre, la protection et l'éducation des enfants pourrait élargir le champ des possibilités des programmes et permettre des efforts plus intégrés.
- **Fournir des services intégrés de SSRA selon les orientations existantes,** telles que celles décrites dans le chapitre sur la *Santé reproductive des adolescents* de l'IAMF et d'autres outils et directives.
- **Impliquer les parties prenantes concernées (parents, leaders communautaires, praticiens et enseignants) et les adolescents eux-mêmes en tant que partenaires à part entière** dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de SSRA. Les programmes devraient faire participer de manière significative les plus jeunes adolescents, et non pas simplement des jeunes âgés de la vingtaine.
- **Renforcer les liens entre les programmes et les orientations vers d'autres établissements, et assurer la coordination avec les secteurs connexes,** y compris la protection, l'éducation et les moyens de subsistance en vue d'une réponse complète et multi sectorielle.
- **Participer à des initiatives qui permettent d'évaluer et de documenter la programmation SSRA.** Investir dans l'évaluation de l'impact des interventions au niveau de la population, en examinant les résultats intersectoriels et la programmation SSRA à travers le continuum de l'assistance au développement (crise humanitaire, post-crise et de redressement).

Les organisations de développement fournissant des services de SSR et travaillant dans des environnements sujets aux crises humanitaire doivent :

- **Jouer un rôle plus important dans les efforts d'intervention d'urgence en cas de crise humanitaire pour répondre aux** besoins en SSR urgents de la population, y compris pour les adolescents.
- **Dès l'apparition d'une situation d'urgence, assurer la coordination avec les acteurs de l'humanitaire** en vue d'une réponse multisectorielle adoptant de bonnes pratiques en matière de programmation SSRA en situations de crise humanitaire.

-

I. Introduction

Le sous-groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) du Groupe de travail inter organisations (IAWG) sur la santé reproductive en situation de crise humanitaire a relevé que, bien que le terme « services adaptés aux adolescents » a été bien défini, et des listes de contrôle et des outils tels que le *Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* (IAFM)⁴ et en complément la *Boîte à outils pour la Santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire* (Outil SSRA)⁵ ont été élaborés en vue d’orienter la mise en œuvre des programmes, il existe peu de documents sur la fréquence de mise en œuvre des programmes et sur leur efficacité. Cette documentation appuie les gestionnaires de programmes et les autres prestataires de services afin qu’ils puissent mieux répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des adolescents. La Commission des femmes pour les réfugiés (CWR) et Save the Children -deux des co-présidents du sous-groupe de travail SSRA de IAWG, ont lancé une initiative visant à recenser les pratiques efficaces⁶ en matière de prestation de services de SSRA, y compris des éléments de planification familiale. Ce document final est conçu à l’intention de ceux qui travaillent sur la SSRA en situation de crise humanitaire pour mettre en évidence les points forts et les lacunes qui existent au niveau des programmes SSRA dans le contexte de la réponse humanitaire. Il est en outre conçu comme une ressource pour les gestionnaires de programme de SSR qui envisagent d’étendre leurs services aux adolescents et cherchent plus de conseils sur « la manière de faire » pour la mise en œuvre.

I.1 Contexte

« L’adolescence (10-19 ans) est l’une des étapes de la vie des plus fascinantes et complexes ». Il s’agit d’un continuum de changement physique, cognitif, comportemental et psychologique qui se caractérise par une autonomie individuelle, un sentiment d’identité, une estime de soi de plus en plus forts et une indépendance progressive vis-à-vis

des adultes.⁷ À l’une des extrémités du continuum se situe le début de l’adolescence, à partir de 10-14 ans, caractérisé par les premiers changements physiques et le développement rapide du cerveau. Pendant cette phase, certains adolescents peuvent être plus près des enfants que des adultes sur le plan physique, cognitif, affectif et comportemental. Le milieu de l’adolescence, 15-16 ans, est une période où l’orientation sexuelle se développe progressivement, et les pairs deviennent une source importante d’influence. À la fin de l’adolescence, 17-19 ans, les adolescents peuvent ressembler aux adultes et agir comme eux, mais peuvent ne pas avoir atteint la maturité cognitive, comportementale et émotionnelle.⁸

Investir dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) peut retarder la première grossesse, réduire la mortalité maternelle, améliorer la santé des femmes et de leurs enfants, contribuer aux objectifs généraux de développement et réduire la pauvreté.

Veiller à ce que les adolescents puissent protéger leur santé durant chaque phase du développement est une priorité essentielle de santé publique mondiale. Ces investissements peuvent retarder la première grossesse, réduire la mortalité maternelle, améliorer la santé des femmes et de leurs enfants, contribuer aux objectifs de développement et de réduction de la pauvreté.

De manière générale, les adolescentes de 15-19 ans représentent environ un cinquième de toutes les filles et les femmes en âge de procréer.⁹ Environ 16 millions de filles âgées de 15-19 ans et deux millions de filles de moins de 15 ans accouchent chaque année.¹⁰ Dans les régions les plus pauvres du monde, cela se traduit par environ une jeune fille sur trois en grossesse dès l’âge de 18 ans.¹¹ Ces adolescentes sont plus exposées aux risques de décès maternel que tous les autres sous-groupes de population. Le risque de décès lié à la grossesse est deux fois plus élevé chez les filles de 15-19 ans et cinq fois plus chez les filles de 10-14 ans par rapport aux femmes âgées de 20-29 ans.¹² Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les complications de

la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les 15-19 ans.¹³ Les adolescentes enceintes sont plus susceptibles que les adultes de recourir à l'avortement à risque ; environ trois millions d'avortements à risque se produisent chaque année chez les filles 15-19 ans.¹⁴ Les avortements à risques chez les adolescentes et les jeunes de 15-24 ans représentent un peu moins de la moitié (40 pour cent) de tous les avortements à risque dans le monde.¹⁵ Les effets néfastes de la grossesse chez les adolescentes se répercutent sur leurs enfants. Les mortalités et décès néonataux sont 50 pour cent plus élevés chez les enfants nés de mères adolescentes que chez les enfants nés de femmes âgées de 20-29 ans.¹⁶ Les nouveau-nés de mères adolescentes sont plus susceptibles d'avoir un poids insuffisant à la naissance, avec le risque de conséquences à long terme.¹⁷

Une étude réalisée en 2006 par Magadi et al. comportant des données de l'enquête démographique et de santé de 21 pays d'Afrique subsaharienne a indiqué que les services de santé maternelle ont été généralement sous-utilisés par les 15-19 ans par rapport aux femmes de 20-34 ans et 35-49 ans. Les adolescentes enceintes avant le mariage, ayant une grossesse non désirée, étaient plus susceptibles de recevoir des soins de santé maternelle les plus inadéquats, en particulier dans les pays ayant des niveaux relativement élevés de grossesses chez les adolescentes avant le mariage, comme la Côte d'Ivoire et le Kenya, où plus d'un tiers de toutes les naissances chez les adolescentes sont en dehors du mariage.¹⁸

L'accès aux services de planification familiale pour les adolescentes pourrait réduire considérablement la mortalité maternelle et améliorer la santé de la famille. Cependant, les besoins non satisfaits en planification familiale sont plus élevés chez les adolescentes de 15-19 ans, aussi bien les adolescentes mariées que non mariées.¹⁹ Un rapport du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) indique que la prévalence contraceptive chez les adolescentes mariées (15-19 ans) n'est que de 22 pour cent dans les pays en développement, et encore plus faible en Asie du Sud (15 pour cent) et Afrique subsaharienne (16

pour cent).²⁰ Les adolescentes non mariées rencontrent des obstacles supplémentaires à l'accès aux contraceptifs. Dans la plupart des régions du monde en développement, les adolescentes non mariées, sexuellement actives sont confrontées à la stigmatisation et la désapprobation sociale. Le *Rapport 2012 sur l'État de la population mondiale* note que « les normes sociales et les pratiques peuvent limiter l'accès individuel [à la planification familiale]. La subordination des droits des jeunes ... peut limiter l'accès aux informations ... aux services et la capacité d'agir ».²¹ Le rapport relève également que malgré les défaillances au niveau de l'accès, l'initiation aux relations sexuelles se produit de plus en plus en dehors du mariage chez les adolescentes.²²

Au fur et à mesure que les passent de l'enfance à l'âge adulte, ils bénéficient généralement de l'influence des modèles adultes, des structures sociales et des groupes communautaires. Toutefois, pendant un conflit ou une catastrophe naturelle, les structures familiales et sociales sont souvent perturbées et les services éducatifs et sociaux interrompus.²³ Dans de telles situations, les adolescents peuvent devenir sexuellement actifs alors que peu de services de protection sont disponibles. Les adolescents, et les filles en particulier, sont vulnérables aux agressions et exploitations sexuelles.²⁴ Ces risques augmentent leur vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles, aux grossesses non désirées et aux avortements à risques. Dans le même temps, les adolescents en situation de crise humanitaire ont les mêmes besoins et désir d'informations sur la SSR et les services que leurs semblables dans des situations de non-crise.²⁵

Bien que rares, quelques études ont documenté les besoins en SSR spécifiques des adolescents en situations de crise humanitaire. Une étude de 2003 sur les grossesses chez les adolescentes dans les camps de réfugiés congolais en Tanzanie a révélé que près de 30 pour cent de toutes les naissances survenaient chez les filles âgées de 14 à 18 ans.²⁶ Une enquête menée en 2000 par l'ONG colombienne Profamilia a relevé que les filles déplacées âgées de 13 à 19 ans avaient des taux de

grossesse et d'accouchement plus élevés que leurs semblables non déplacées, 30 pour cent par rapport à 19 pour cent, respectivement.²⁷ Une étude de 2003 sur les adolescents réfugiés bhoutanais au Népal a révélé l'information surprenante selon laquelle 22 pour cent des garçons et 46 pour cent des filles « ne savaient rien » à propos des relations sexuelles, alors que seulement 41 pour cent de tous les répondants savaient que l'utilisation du préservatif empêche les IST.²⁸ Des évaluations qualitatives transversales mises en œuvre par WCR et ses partenaires ont également montré une augmentation des risques pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents, en particulier des adolescentes, qui se rapportent à l'exploitation et aux abus sexuels (EAS) dans des contextes tels que le Kenya après les violences post-électorales²⁹ et en Haïti.³⁰



Adolescentes en Haïti après le tremblement de terre.

© Lauren Heller, WRC

Dans les situations humanitaires, les risques liés à la maternité sont plus importants chez les adolescentes car elles sont plus exposées aux rapports sexuels forcés et les services de SSRA sont plus rares et plus sensibles. Le sous-groupe de travail IAWG-SSRA a reconnu qu'il y existait peu de documentation de programmes efficaces de SSRA en situations de crise humanitaire. Une telle documentation aiderait les gestionnaires de programme et autres prestataires de services.

Beaucoup a été appris sur les pratiques efficaces de programmation SSRA dans le monde. Par exemple, il est reconnu que les programmes de SSRA qui influencent efficacement les connaissances et les attitudes des jeunes ne conduisent pas nécessairement à des changements efficaces dans

les comportements.^{31 32} Le changement de comportement, en particulier au niveau de cette population, est plus complexe et peut nécessiter différentes interventions, adaptées aux contextes locaux et aux groupes d'âge spécifiques, comme l'a noté Bearinger, et al. dans le cadre de la série 2007 de la publication *The Lancet* sur la SSRA, Bearinger, et al. a conclu que la combinaison de services adaptés aux jeunes, mis en œuvre par des cliniciens formés pour travailler avec cette population, ainsi que l'éducation sexuelle et le renforcement des compétences pour négocier des comportements sexuels, sont essentiels pour une programmation SSRA efficace.³³ Pour ce qui est de ce qui constituerait de « bonnes » approches à la SSRA, certains projets ont cherché à évaluer les diverses composantes des programmes de SSRA, y compris les centres de jeunes,³⁴ les cliniques adaptées aux jeunes, ou les approches de sensibilisation des pairs ou des pairs éducateurs et les brigades mobiles. La récente publication de l'OMS est plus généralisable. Un document de politique de l'OMS publié en 2012 recommande les mesures suivantes pour accroître le succès des programmes :

- Impliquer les adolescents en tant que partenaires à part entière dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes de planification familiale ;
- cibler différents points de distribution ;
- intégrer à la fois des méthodes traditionnelles et novatrices de communication pour passer les informations aux garçons et aux filles ;
- relier les services de planification familiale à d'autres services SSRA ;
- apprendre aux fournisseurs à être respectueux et sensibles lorsqu'ils fournissent des contraceptifs aux adolescentes mariées ou non mariées.³⁵

Les investissements dans les programmes de SSRA qui ciblent les adolescentes vulnérables permettront aux filles de demeurer scolarisées, de se marier plus tard, de retarder la maternité, d'avoir des enfants plus sains et de gagner un meilleur revenu qui leur bénéficiera à elles mêmes, leurs familles et leurs communautés.³⁶ Ces investissements doivent inclure la planification familiale afin de résoudre la question des taux

élevés de mortalité due aux grossesses au sein de cette population.

Dans les situations humanitaires, les investissements dans la SSRA dès l'apparition d'une situation d'urgence peuvent réduire les vulnérabilités liées aux grossesses non désirées, à l'avortement et aux IST / VIH qui résultent de l'absence d'accès aux informations sur la SSR, l'interruption ou l'inaccessibilité des services de SSR, le risque accru de EAS, ainsi que les comportements sexuels à haut risque.³⁷



*Adolescentes en Afghanistan.
© Jeff Holt, Save the Children*

Dans les contextes de crise humanitaire, les données publiées sur les modèles efficaces qui ciblent les adolescents sont pratiquement inexistantes. Les évaluations de programmes publiés mentionnent les adolescents comme des clients, mais les données ne sont pas disponibles ou ne sont pas décomposées pour mettre en exergue l'impact sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents en particulier.³⁸

II. Méthodologie

WRC, en collaboration avec Save the Children, et avec le soutien du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) a entrepris un examen des programmes de SSRA en situations de crise humanitaire. Bien que l'objectif initial de l'exercice soit d'identifier et de documenter les pratiques

efficaces de prestation de services de SSR, dont la planification familiale, la question et les sous-questions liées à la recherche ont été étendues aux processus en vue de combler les lacunes dans les programmes existants. En raison de l'absence générale de programmation de la SSRA en situations d'urgence aiguë, un examen plus complet des programmes dans les situations de crise humanitaire au sens large a été effectué, et un examen des sources de financement a été ajouté. Les recherches menées à terme comprennent : 1) une cartographie des programmes de SSRA en situations de crise humanitaire, et 2) un recueil de bonnes études de cas pratiques.

La cartographie des programmes de SSRA a été réalisée par le biais de :

- La diffusion d'un sondage en ligne en anglais et en français au sein des réseaux professionnels qui travaillent sur des programmes pour adolescents dans les communautés humanitaires et de développement. L'enquête a été réalisée de mars à août 2012.
- Examiner le Flash éclair (Flash Appeal) et les Procédures d'appel global (CAP) du secteur de la santé de 2009 à octobre 2012 pour identifier des projets SSRA proposés et financés.

Les programmes remplissant les critères de l'exercice de cartographie sont ceux qui :

- ont été mis en œuvre dans des zones touchées par la crise humanitaire dans son ensemble, y compris les situations de post conflit.
 - Pour ce qui concerne les programmes mis en œuvre dans des contextes de post-conflit ou de longue durée, d'autres critères ont été appliqués. Le programme devait comporter une composante de planification familiale, définie comme la fourniture d'au moins deux méthodes contraceptives modernes et cet élément doit avoir été lancé pendant ou immédiatement après la crise humanitaire et le programme devra continuer d'exister.
- Ont ciblé le groupe d'âge 10 - 19 ans.
- Si ce n'est pas un programme consacré à la SSRA, vise les adolescents dans le cadre de programmes SSR plus larges.

Tous les programmes remplissant les critères sont inclus dans la matrice de cartographie de programme à l'annexe 5 (<http://wrc.ms/VQE0TV>). Les contacts clés ont eu à donner leur consentement.

Des études de cas ont été tirées de certains programmes de SSRA identifiés qui offraient au moins deux méthodes contraceptives modernes. Trois programmes ont été choisis pour illustrer les modèles de prestation de services qui ont fait preuve d'une efficacité pour atteindre les adolescents et améliorer l'utilisation des contraceptifs par leurs approches de proximité sur le terrain, de communication ou de prestation de services. La prise des contraceptifs a été utilisée comme critère déterminant l'efficacité de programmes de SSRA, compte tenu de l'importance de la prévention des grossesses chez les adolescents. Les bonnes pratiques ont été recueillies entre juillet et septembre 2012 et l'objectif était notamment d'examiner :

- Les modèles et les pratiques « efficaces » de prestation de services de planification familiale en faveur des adolescents.
- La manière dont les programmes ont atteint les adolescents en particulier les plus vulnérables par des services de planification familiale.
- Si les programmes de sensibilisation ont ciblé spécifiquement les très jeunes adolescents, et si ces efforts ont connu du succès.
- Les stratégies de communication utilisées.
- Les changements mesurables qui ont été observés au niveau de l'utilisation des contraceptifs au cours du programme.
- Les systèmes mis en place pour examiner, réexaminer et adapter les programmes existants.
- Les perspectives des adolescents en ce qui concerne ces services.

De plus amples détails sur la méthodologie de l'étude sont donnés à l'annexe 1.

Pour mieux appréhender le contexte de la cartographie des programmes, WRC et Save the

Children ont conduit 13 entretiens d'informateurs clés avec des personnels humanitaires travaillant en SSR pour une meilleure compréhension de ce qui fait le succès des programmes de SSRA

Pour cette étude, une situation humanitaire est définie comme un milieu affecté par un conflit ou une catastrophe dépassant les capacités existant dans le pays depuis 2009. Cette année limite a été choisie en fonction des cycles de financement des urgences connus et de la probabilité que l'information soit disponible.

III. Résultats

III.I Cartographie des programmes existants de SSRA en situations de crise humanitaire

Sur les quelque 1 200 premiers contacts établis, 15 contacts supplémentaires ont été recommandés, et 12 autres identifiés à travers l'analyse des appels éclairs (Flash appeals) et CAP. En tout 185 réponses ont été reçues, et 37 programmes ont été finalement inclus dans la cartographie des programmes de SSRA en situation de crise humanitaire (voir annexe 5). La plupart des programmes ne remplissant pas les critères d'inclusion dans le programme avaient pour caractéristique de cibler uniquement des jeunes de plus de 20 ans ou d'être mis en œuvre dans un contexte post-crise où leur composante planification familiale n'a pas été initiée dès les premiers jours de la crise qui a précédé l'année 2009.

La majorité des programmes remplissant les critères (19 sur 37) provenaient de l'Afrique subsaharienne, dont le nombre le plus important, de la République démocratique du Congo (RDC). Bien que certains programmes de SSRA aient été identifiés à partir des paramètres correspondant aux catastrophes naturelles, il y avait beaucoup moins (8) de programmes SSRA par rapport à ceux qui intervenaient en situation de conflits (29). Six étaient basés en Asie, un en Europe, sept au Moyen-Orient et Afrique du Nord, 19 en Afrique subsaharienne et quatre en Amérique.

Certains programmes ont ciblé une large tranche d'âge pour leurs interventions de SSRA, au-delà de la définition stricte de 10 à 19 ans. En effet, 78 pour cent des 37 programmes ont inclus les 20 ans et plus au sein de la population cible de leur programme. Comme on pouvait s'y attendre, les personnes âgées de 15-17 et 18-19 ont été le plus souvent ciblées (86 pour cent des programmes ont ciblé les 15 -17 ans et 89 pour cent les 18 - 19 ans). Les très jeunes adolescents (10-14 ans) ont moins fait l'objet d'attention, bien que plus de la moitié des programmes aient indiqué l'inclusion de ce groupe d'âge (62 pour cent) dans leur programme de SSRA.

Les composantes du programme étaient très diverses. Tous, à l'exception de deux ont assuré des services d'éducation et de sensibilisation autour de la santé, la sexualité, des normes relatives au genre et du VIH à l'endroit des adolescents. Les éléments courants de communication / sensibilisation utilisés étaient l'information, éducation et communication / communication pour le changement de comportement (IEC / CCC) ; les pairs ; les centres de jeux pour jeunes, le théâtre, et l'implication des parents et des chefs religieux de la communauté.

Les difficultés fréquemment signalées en matière de prestation de services SSRA sont relatives aux connaissances des adolescents sur les services, aux attitudes des communautés, à l'utilisation des services par les adolescents, au financement, à l'attitude et aux compétences des prestataires, à la disponibilité des approvisionnements et des méthodes et au niveau d'insécurité dans le milieu.

Programmes de SSRA proposant au moins deux méthodes contraceptives modernes

Une analyse plus approfondie a été menée afin d'examiner le nombre de programmes qui ont fourni au moins deux méthodes de contraception moderne, compte tenu de l'importance de la prévention des grossesses au sein du groupe des adolescentes. Les résultats ont montré que près de 57 pour cent (n = 21) des programmes inclus dans cette cartographie fourni au moins deux méthodes de contraception moderne.

Ces programmes ont été mis en œuvre en réponse aux conflits existant en République Centrafricaine (RCA), au Tchad, en RDC, Colombie et au Soudan du Sud et en faveur des réfugiés, personnes déplacées et autres populations touchées par la crise humanitaire au Liban (Palestiniens), Kenya (Somaliens), Pakistan (Afghan, Rwanda (RDC) en Sierra Leone (Post conflit), Thaïlande (Birman), Tunisie (touchée par la crise), Ouganda (post conflit) et Éthiopie (Somaliens). Ils ont également été mis en œuvre en réponse aux inondations en Albanie et au tremblement de terre de 2010 en Haïti. Les annexes 3 et 4 résument les résultats de ces programmes.



Danse d'adolescents à Gulu Youth Center de Straight Talk Foundation durant le conflit au nord de l'Ouganda

Tous les 21 programmes offraient une éducation de base à la santé générale et divers niveaux d'instruction sur le VIH, la sexualité et la fertilité. Quatorze offraient une formation en compétences de vie six offraient une formation professionnelle et / ou un soutien en moyens de subsistance et 12 ont déclaré assurer des initiatives d'autonomisation des jeunes. Sept programmes ciblait les jeunes mères, et neuf traitaient de la prévention du commerce sexuel.

Parmi les 21 programmes, certaines organisations ont fourni une moyenne de 4,4 méthodes modernes de contraception (les préservatifs masculins et féminins ont été comptés comme une seule méthode dans ce calcul). Les pilules et les injectables sont des méthodes généralement disponibles, offerts par 20 et 18 programmes respectivement. La contraception d'urgence et les

préservatifs féminins ont été fournis par 15 programmes chacun. Les méthodes de longue durée, telles que le dispositif intra-utérin (DIU) et les implants, sont moins accessibles aux adolescentes : le DIU a été fourni par 11 programmes et l'implant par 10 programmes. Une combinaison appropriée de méthodes (définie ici comme au moins une méthode de planification familiale de courte durée d'action et une de longue durée) était disponible dans 13 programmes sur les 21. La majorité (n = 18, 86 pour cent) des programmes a également fourni sur place des services de conseils de planification familiale. Il est intéressant de noter que les méthodes naturelles semblent être fournies dans le cadre d'une large gamme de méthodes au sein de programmes plus complets de planification familiale, plutôt que comme une alternative aux méthodes modernes de planification familiale. Tous les programmes qui offrent des méthodes naturelles (n = 10) fournissaient également des méthodes hormonales, et tous, à l'exception de deux programmes, ont offert une gamme de méthodes appropriées. Onze programmes ont offert des services de planification familiale post-avortement.

En outre, parmi les 21 programmes, tous hormis deux, ont offert des services de planification familiale au sein d'un établissement de services généraux de santé pour les adolescents, tels que les soins et traitement des IST, les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals. Douze programmes ont fourni des soins et traitement liés au VIH. Quatorze programmes ont fourni des traitements pour lésions post-viol, tandis que 12 programmes ont offert une contraception d'urgence dans le cadre de traitement post-viol. Trois des 12 programmes ont offert une contraception d'urgence uniquement à cette fin et non comme méthode de contraception. Quelques généralisations peuvent être faites cependant, mais ne concernant que le genre d'interventions du programme ayant un lien étroit avec la réussite apparente de l'utilisation de la planification familiale.

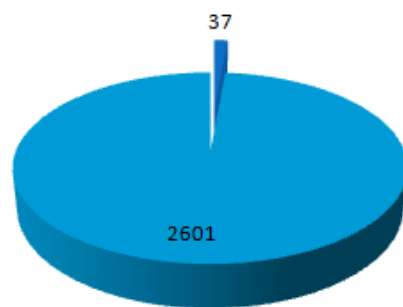
Analyse du financement de tous les appels en matière de santé - 2009-2012

Entre 2009 et 2012, il y a eu au total 2 638 propositions de santé pour 101 appels lancés. Trente-sept comprenaient une composante de SSRA. Alors que plusieurs agences semblaient soumettre le même projet à la fois pour les Appels Flash et les appels PAC,³⁹ l'analyse n'a pu déterminer les propositions en double, en raison de complications liées à la vérification des doublons. En conséquence, il y a eu en fait moins de 37 propositions de SSRA uniques sur les quatre ans, mais également bien moins de 2 638 propositions uniques en matière de santé. On suppose donc qu'en général, moins de 3,5 pour cent de toutes les propositions de santé pour une année donnée comprenaient une composante de SSRA. En outre, malgré la prise de conscience autour de la SSRA et le nombre de crises humanitaires ces dernières années, on observe une tendance à la baisse du nombre de propositions de SSRA. La répartition des appels et la proportion de propositions SSRA parmi toutes les propositions relatives à santé sont illustrées dans le tableau 1 et la figure 1 (voir page 12).

En vue de mieux comprendre le contenu des 37 propositions, elles ont été réparties en cinq catégories :

- A. Les programmes qui incluent les adolescentes dans les activités liées au DMU ou offrent des services de planification familiale (plus que des préservatifs) dans le cadre d'une réponse à long terme.
- B. Les programmes qui ciblent spécifiquement les adolescents pour la planification familiale, mais ont des méthodes peu claires.
- C. Les programmes qui ciblent les adolescents (notamment) pour la fourniture de préservatifs, souvent dans le cadre d'une intervention VIH et sida spécifiquement.
- D. Les programmes qui mentionnent les adolescents en tant que population, dans les programmes de SSR, mais les détails ne sont pas clairs.
- E. Les programmes qui ciblent les adolescents par des campagnes pour le changement de comportement, mais ne fournissent aucun service.

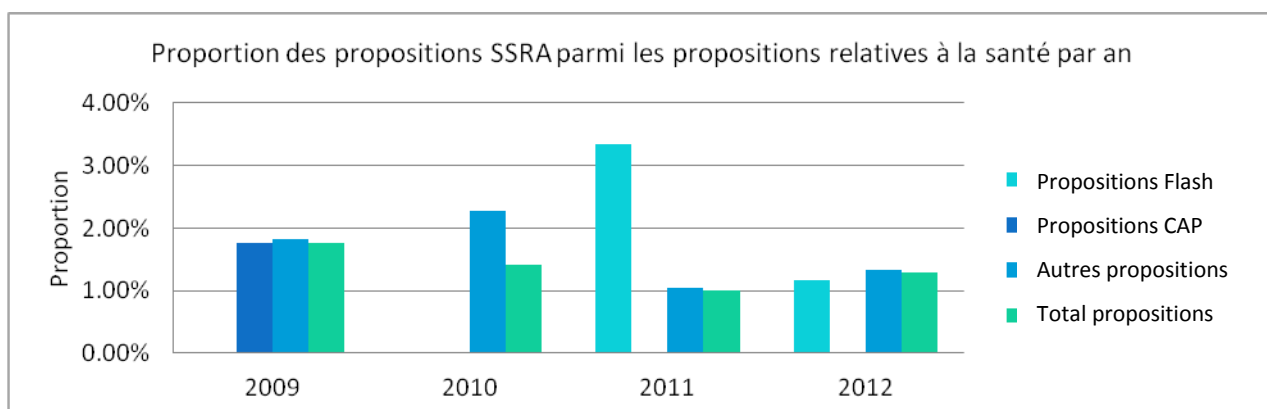
Tableau 1 : Propositions SSRA parmi toutes les propositions relatives à la santé : 2009-



2012

Nbre de situations d'urgences déclenchant les processus d'appels d'offre		Propositions santé et SSRA			
2009					
Appels Flash	8	Propositions santé Flash	57	Propositions SSRA Flash	1
Appels CAP	15	Propositions santé CAP	715	Propositions SSRA CAP	13
Autres appels	4	Autres propositions santé	23	Autres propositions SSRA	0
Total appels	27	Total propositions santé	795	Total propositions SSRA	14
2010					
Appels Flash	4	Propositions santé Flash	165	Propositions SSRA Flash	0
Appels CAP	15	Propositions santé CAP	441	Propositions SSRA CAP	10
Autres appels	6	Autres propositions santé	99	Autres propositions SSRA	0
Total appels	25	Total propositions santé	705	Total propositions SSRA	10
2011					
Appels Flash	6	Propositions santé Flash	85	Propositions SSRA Flash	0
Appels CAP	15	Propositions santé CAP	483	Propositions SSRA CAP	5
Autres appels	3	Autres propositions santé	30	Autres propositions SSRA	1
Total appels	24	Total propositions santé	598	Total propositions SSRA	6
2012					
Appels Flash	1	Propositions santé Flash	8	Propositions SSRA Flash	0
Appels CAP	20	Propositions santé CAP	447	Propositions SSRA CAP	6
Autres appels	4	Other Proposals	85	Autres propositions SSRA	1
Total appels	25	Total propositions santé	540	Total propositions SSRA	7
2009-2012					
Total appels	101	Total propositions santé	2638	Total ASRH Proposals	37

Figure 1 : Propositions SSRA 2009-2012



Malheureusement, les deux programmes au sein de la catégorie A (voir tableau 2), l'un de la RCA (2012) et l'autre du Zimbabwe (2010), n'ont jamais été financés. Sur les 37 propositions, 32 pour cent uniquement ont reçu un financement (n = 12) : sept programmes ont été entièrement financés et cinq l'ont été partiellement. Sur les programmes financés totalement ou partiellement, sept ont pu être vérifiés et ont donc été inclus dans le programme de cartographie.

Tableau 2 : Catégories de financement

Catégorie	Nombre total de propositions 2009-2012
A	2
B	6
C	7
D	13
E	9

III.II Études de cas illustrant de bonnes pratiques

Sur les 21 programmes offrant des services de planification familiale, trois ont été identifiés comme se rapprochant le mieux des critères de l'étude de cas et ont pu être visités. Quatre programmes ont fait montre d'éléments prometteurs. Les programmes qui n'ont pas été retenus pour les études de cas ont montré des lacunes au niveau de la collecte de données ; du ciblage spécifique des adolescents pour garantir un succès, de la capacité d'améliorer la prise de contraceptifs, ou de la communication pour recueillir plus d'informations.

Les trois programmes visités pour des études de cas sont les suivants : le programme de Profamilia sur la côte pacifique de la Colombie, Gulu Youth Centre de Straight Talk Foundation (STF) au nord de l'Ouganda et Adolescent Reproductive Health Network (ARHN) à Mae Sot, en Thaïlande.

Les trois programmes ayant fait l'objet d'études de cas ont une présence bien établie et une bonne réputation dans leurs pays respectifs. Profamilia est un prestataire de services SSR établi qui fournit des services de SSRA dans toute la Colombie. En 1998, l'organisation a étendu ses programmes dans les

régions touchées par la crise humanitaire, réussissant ainsi à adapter son modèle pour répondre à ce groupe vulnérable. STF a commencé à s'occuper des adolescents touchés par la crise en 2004 lorsque le conflit a éclaté dans le nord de l'Ouganda. STF a documenté son apprentissage sur la façon d'atteindre efficacement les adolescents touchés par la crise humanitaire dans une publication de Kintu et al 2007.⁴⁰ ARHN -également créé en vue de répondre spécifiquement aux besoins des communautés de migrants déplacés de l'intérieur et de la Birmanie (Myanmar) - fonctionne depuis près de 10 ans. Lorsque l'on compare chaque programme sur la liste AIFM de services adaptés aux adolescents, ils indiquent tous qu'ils comportent les éléments de la pratique recommandée (voir tableau 3). Les études de cas sont présentées ci-dessous avec détails, donnant ainsi l'occasion de mieux comprendre chaque programme, les défis spécifiques et les solutions tentées.

Tableau 3 : Liste de contrôle adaptée aux adolescents

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

Programme : Adolescent Reproductive Health Network (ARHN) (Réseau de santé de la reproduction des adolescents)

Lieu : Mae Sot, Thaïlande

Type de programme : Centre pour jeunes géré par un réseau

Groupe d'âge ciblé : 15-24 ans

Milieu : Périurbain près de la frontière Birmane, où les clients sont principalement des travailleurs migrants.

Crise : Arrestations fréquentes et insécurité pour les Birmans sans papiers en Thaïlande ; le site reflète une situation de conflit pour les clients.



Adolescentes birmanes à Mae Sot.

Contexte du programme

Créée en 2003 à Mae Sot, en Thaïlande, ARHN est composé de huit organisations communautaires de base (OCB) qui collaborent pour répondre aux besoins de SSR des adolescents migrants issus de différentes communautés ethniques de Birmanie. Depuis 2008, les membres de ARHN ont collectivement géré un centre pour jeunes, où sont organisés des ateliers pour les adolescents sur l'anatomie de la reproduction, les changements physiques et émotionnels pendant l'adolescence, la planification familiale, le sexe et le genre, la transmission et la prévention du VIH et des IST ainsi que les conséquences de l'avortement à risque.

Les méthodes contraceptives les plus populaires demandées sont les injectables et les pilules. La saison des pluies durant les mois d'été affecte le flux de clients. Quand ils ne viennent pas pour chercher une méthode contraceptive, les clients viennent au centre pour regarder des films ou participer à des discussions animées sur des sujets tels la fécondité, la planification familiale et le VIH.

Modèle de programme

Services offerts : Counseling, méthodes à court terme de planification familiale et références pour les méthodes à long terme et permanentes, activités récréatives comme le karaoké, cinéma, badminton et la lecture, et les discussions de groupe sur le genre et le sexe, la prise de décision, le VIH / IST, la planification familiale et la violence basée sur le genre. Le centre pour jeunes oriente en outre les clients, le cas échéant, vers d'autres services de santé, de protection, de soutien psychosocial, de moyens de subsistance, de formation professionnelle et d'éducation.

Heures d'ouverture du programme : Le centre pour jeunes est ouvert de 10h00 à 18h00, sept jours sur sept. Le responsable du centre des jeunes (qui vit sur le site) peut les soirs (en cas d'urgence) orienter les clients vers la clinique Mae Tao (MTC), un centre de santé complet dédié à la communauté birmane.

Personnel : ARHN emploie 7 à 10 pairs éducateurs volontaires, un ou deux de chaque OBC. Les pairs font une rotation mensuelle pour aider le centre et faciliter les discussions de groupe. Le coordonnateur de ARHN supervise leurs activités. Les pairs ont été formés aux techniques de conseil, de communication et de facilitation, de planification familiale et aux questions liées à l'adolescence. La plupart sont plus âgés et ne sont pas adolescents eux-mêmes. Seuls le responsable du centre pour jeunes et le coordinateur ARHN administrent des injections (Depo) aux clients.

Participation des adolescents : Le centre pour jeunes a été créé suite à une évaluation des besoins en matière de SSR menée par ARHN auprès des adolescents migrants birmans.

Nous voulons entendre d'autres personnes, en particulier sur les menstruations et la manière dont les filles peuvent tomber enceinte. En outre, lorsque les hormones changent et ce qu'il faut faire au sujet de boutons. (FGD avec des adolescentes)

Confidentialité : Le centre pour jeunes est situé dans un endroit calme et accessible. Il y a une pièce réservée aux services de conseils en planification familiale qui garantit une discrétion.

Données : ARHN collecte des données de routine dans un journal de bord, et utilise des fiches de rapport introduites par le MTC. ARHN présente des rapports mensuels au MTC sur les activités menées et les contraceptifs fournis.

Difficultés rencontrées et solutions trouvées

Insécurité et distance: Les clients qui n'ont pas de papiers ont peur des arrestations, ceux qui vivent loin ont également peur de la police. Le transport peut être coûteux pour ceux qui voyagent sur de longues distances.

- Alors que les arrestations par la police continuent de présenter un risque, le centre pour jeunes est situé dans un endroit privé et sûr. En outre, il gère un fonds d'urgence pour faciliter les orientations vers la MTC.

Objection des adultes à la SSRA : Étant donné l'environnement conservateur, ARHN a d'abord connu des objections de la part des adultes et des membres de la communauté en ce qui concerne son travail de promotion des activités de SSRA.

- Les écoles pour migrants demandent à présent des programmes de santé et d'informations sur la prévention de la grossesse, car les enseignants s'inquiètent de ce que les élèves sont exposés à des risques liés aux rapports sexuels à travers l'Internet. Avec le temps, et en gagnant la confiance des communautés en la capacité des pairs d'assurer la confidentialité, le centre pour jeunes a reçu des demandes de la part des adultes, des communautés et des organisations communautaires, ainsi que d'autres OBC pour mener des formations SSRA.

Financement limité : Lorsqu'il y a eu plus de fonds en 2007, les pairs ont pu travailler dans les camps de personnes déplacées en Birmanie pour fournir des informations, des préservatifs, des pilules et des méthodes de contraception d'urgence. L'approche communautaire et la fourniture de serviettes hygiéniques pour les menstruations ont été limitées en raison de contraintes liées au financement.

- ARHN a récemment reçu des fonds supplémentaires pour améliorer le travail du centre des jeunes.

Rotation des pairs : Étant donné que les pairs éducateurs travaillent à temps partiel, le centre pour jeunes n'est pas l'objet d'une attention exclusive de chaque organisation membre. Ce ne sont pas toutes les organisations communautaires qui peuvent offrir deux pairs. Le maintien des pairs a également été difficile, puisque tous ont d'autres fonctions au sein de leurs propres organisations.

- ARHN cherche encore une solution à de cette question, en instituant un minimum de temps de travail au centre pour les pairs, et envisage également des motivations. Certains pairs supérieurs travaillent avec ARHN depuis sa création, et sont expérimentés et servent de mentors aux pairs plus jeunes et nouvellement arrivés.

Rupture de stock de produits de contraception d'urgence (CE): La CE en tant que un produit spécifique a connu des ruptures de stocks, tant chez ARHN que MTC. La chaîne d'approvisionnement des contraceptifs du Le centre pour jeunes de passe par MTC.

- ARHN a récemment recruté un nouveau responsable de centre pour jeunes et un coordonnateur. Ils apprennent à administrer la contraception d'urgence en combinant les pilules contraceptives orales en l'absence d'un produit spécifique.

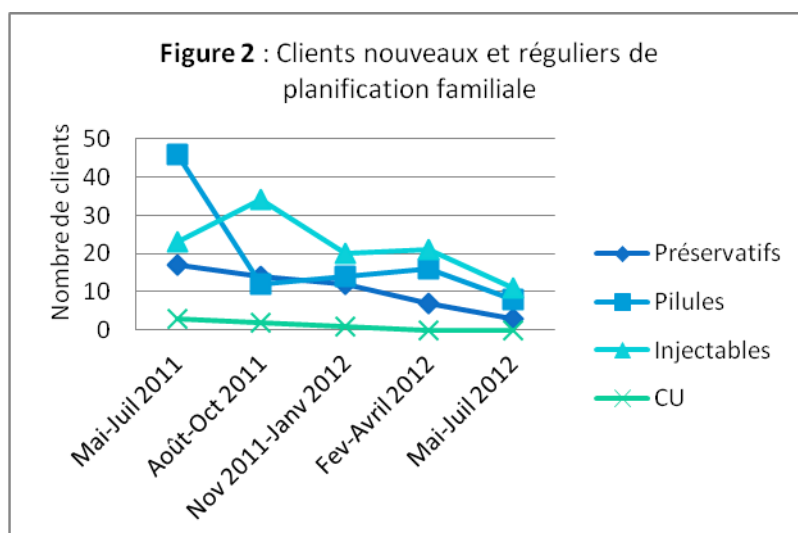
Suivi des bénéficiaires défaillants : Alors que les systèmes de données sont en place et que des rapports mensuels sont envoyés à MTC, le centre n'a pas été en mesure de suivre les bénéficiaires défaillants de méthodes de planification familiale, à moins que les clients ne viennent pour de nouvelles méthodes.

- Cet aspect n'est pas encore réglé. Le suivi des abandons de méthodes est particulièrement difficile en raison du mouvement constant des membres de la communauté. Toutefois, les dossiers de clients réguliers sont conservés, ainsi que ceux qui ont changé de méthodes.

Les facteurs menant au succès

Points forts d'un réseau : Étant donné que le centre pour jeunes est géré par un réseau d'OBC, il peut référer des clients à la fois en interne et en externe pour une assistance complète. Le centre pour jeunes représente plus que la somme de ses parties ; ensemble, les organisations communautaires membres servent une large communauté, individuellement par leurs propres activités d'agence et collectivement par le centre pour jeunes. MTC, par exemple, offre dans les écoles une formation en SSRA pour enseignants, et Social Action for Women (Action sociale pour la femme) travaille avec des travailleurs migrants dans les usines. La force de ARHN semble résider dans son modèle de réseau.

Le réseau est très solide et donne au programme un caractère communautaire. Tout le monde connaît quelqu'un, et ils s'emboîtent tous comme un puzzle. Cela permet de faire plus facilement des orientations vers d'autres services afin de s'assurer que les clients ne soient pas perdus. (Personnel ARHN)



Espace sûr et récréatif pour tous les âges : ARHN offre un lieu aux adolescents pour se détendre, lire, regarder des films, faire du karaoké, discuter ou jouer au tennis de table. Cet aspect, ainsi que le fait que le centre pour jeunes serve des personnes d'âges divers, a accru l'anonymat et réduit la stigmatisation chez les adolescents qui craignent que les autres supposent qu'ils ont un problème à partir du moment où ils visitent un centre de santé uniquement pour adolescents.

Même si beaucoup de ses clients sont âgés de plus de 20 ans, de jeunes enfants viennent jouer à des jeux ou regarder des films, ce qui fait du centre un environnement convivial pour tous. Le personnel du centre pour jeunes est toujours présent lorsque les clients sont au centre, et interagit avec les clients de tous âges afin de s'assurer qu'ils reçoivent le soutien dont ils ont besoin.

Discret : Le centre pour jeunes est éloigné de la route principale, loin de là où la police thaïlandaise arrête souvent les sans-papiers birmans. Compte tenu de la situation sécuritaire précaire pour les Birmans, une promotion visible du centre par des campagnes de masse pour attirer l'attention du public ne peut être effectuée. Les membres de la communauté reçoivent des informations sur le centre pour jeunes par le bouche à oreille et la réputation. Le personnel considère les formations face-à-face comme des stratégies de sensibilisation efficaces pour transmettre des informations aux membres de la communauté.

Des pairs éducateurs plus âgés : Les pairs éducateurs de ARHN sont plus âgés et plus qualifiés que « les pairs éducateurs » typiques. Le personnel note que leur expérience, leur assurance et leurs connaissances des questions de SSR ont permis le renforcement de la confiance que les clients ont en eux. Les pairs sont en mesure de traiter aussi bien les problèmes émotionnels que physiques.

En raison de l'œuvre de ARHN, un réseau similaire existe aussi à Chiang Mai, en Thaïlande, pour fournir des informations et des services de SSRA aux migrants. Le travail de *Adolescent Reproductive Health Zone* (ARHZ) est basé sur le modèle à succès de ARHN.



Nouveaux pair éducateurs adolescents au centre pour jeunes de ARHN.

****Activités de collecte des données**

Les données de l'étude de cas (entrevues avec le personnel du programme, des entrevues de fin d'emploi, observation de la structure ; discussion de groupe des agents de sensibilisation avec les adolescents (FGD) ; ont été recueillies les 17 et 18 juillet 2012, à Mae Sot. Les agents de sensibilisation du FGD sont six femmes et trois hommes pairs éducateurs. Des FGD distincts pour les adolescents ont été menées pour 10 garçons âgés de 13-18 ans, et 10 filles âgées de 12-17 ans. Tous les participants ont eu à donner leur accord avant l'activité de collecte de données. Les données FGD ne sont pas représentatives, étant donné que la saturation n'a pas été demandée pour cet exercice.

Programme : Projet Raise en Colombie

Lieu : Côte du Pacifique, Colombie

Type de programme : Actions mobiles de proximité et éducation menée par les jeunes les pairs

Groupe d'âge ciblé : 10-24 ans

Milieu : Semi-rural, Région de la Côte du Pacifique

Crises : Quatre décennies de conflit armé et de violations des droits de l'homme par des groupes armés ont provoqué des déplacements internes massifs au sein de Colombie. Avec un nombre estimatif de 2-5 millions de personnes déplacées à l'intérieur de la Colombie, le pays accueille actuellement l'une des plus grandes populations de personnes déplacées internes à au monde.

Contexte du programme : En Colombie, Profamilia fournit depuis plus de 25 ans des services complets de SSR pour toutes les personnes, et en particulier des jeunes. Les programmes axés sur les personnes déplacées internes (PDI) en Colombie ont commencé en 1995 avec la mise en place par l'État du *Programme national pour une attention complète aux populations déplacées par la violence*. À la fin des années 1990, Profamilia, avec le soutien du Consortium *Reproductive Health Response in Crises* (RHRC) (puis Consortium *Reproductive Health for Refugees-Santé reproductive pour les réfugiés*), a lancé des programmes orientés vers la promotion des services de SSR parmi les PDI. Au début des années 2000, le programme de santé sexuelle et reproductive des adolescents a commencé à cibler les adolescents et jeunes déplacés. Profamilia a réuni les connaissances sur les meilleures pratiques de ses 22 années d'expérience de travail de ce groupe d'âge pour développer un modèle d'éducation sur la sensibilisation et l'éducation par les pairs menées par les jeunes en faveur de cette région touchée par la crise.

Modèle de programme : Le modèle de Profamilia a fourni des services de soins et d'éducation en matière de SSR aux adolescents touchés par les situations de crise à travers ses cliniques, ses brigades mobiles de santé et l'éducation communautaire.

Cliniques : Six centres de santé situés dans la région côtière la plus touchée par les conflits et les déplacements, ont reçu un appui pour fournir des services complets de santé sexuelle et reproductive : Buenaventura, Cali (y compris Aguablanca), Pasto, Quibdó, Popayan et Tumaco. Les services offerts étaient notamment, sans toutefois s'y limiter, la planification familiale, le counseling et le traitement des IST, les accouchements et les soins prénatals. Il n'était pas nécessaire de prendre des rendez-vous pour recevoir des soins, et, si possible, des services de transport étaient organisés pour amener les patients à la clinique et les ramener. Le transport était assuré par les services Profamilia ou des réseaux communautaires et des systèmes de soutien développés par Profamilia.

Brigade de santé mobile : Chaque clinique a déployé au maximum une brigade mobile de santé pouvant offrir une gamme complète de services de SSR à tous les Colombiens. L'agent de terrain qui a été embauché et formé par Profamilia au sein des communautés touchées par les brigades, a d'abord identifié les besoins de la communauté et ce en coordination avec la clinique Profamilia devant offrir ces services. L'agent de terrain a collaboré avec la communauté en vue d'identifier l'espace disponible à



utiliser par le personnel de santé : à l'idéal, une église, une école ou un établissement de santé. La brigade de santé mobile est constituée d'un médecin, d'une infirmière et d'un agent de terrain. Ils se sont rendus dans les communautés par les transports en commun, le transport fourni par la communauté dans laquelle ils allaient ou en louant des véhicules. Les brigades ont également pris avec eux tout le matériel nécessaire, y compris, lorsqu'une unité chirurgicale est donnée, du matériel chirurgical nécessaire pour effectuer des opérations.

Éducation communautaire : Les éducateurs de jeunes ont fourni des services d'éducation et de sensibilisation sur la SSRA à leurs pairs. Profamilia a recruté des jeunes qui vivaient déjà dans les collectivités qu'ils voulaient servir. Les parents et les jeunes ont été informés du contenu de la formation et des exigences pour les pairs éducateurs. Les adolescents et les jeunes âgés de 13 à 25 ans perçus comme ayant des compétences en leadership, ont été recrutés auprès d'écoles et autres établissements communautaires. Ils ont suivi une formation de 120 heures, qui a été réparties en sessions de formation de trois heures par jour sur deux mois. Le contenu des formations portait sur la SSR, l'élaboration des présentations et les techniques de facilitation à travers le théâtre et les activités récréatives, et une formation de suivi et de supervision. Les adolescents ont participé activement à l'élaboration de matériel pédagogique et de formation. Après avoir accompli leur obligation de formation, les pairs éducateurs ont identifié des possibilités de sensibilisation et d'éducation au sein de leurs communautés. Profamilia a fourni aux adolescents leurs propres matériels pédagogiques qui comprenaient un ensemble de brochures d'informations couvrant un large éventail de sujets SSRA. Bien qu'aucune compensation officielle n'ait été fournie, les pairs éducateurs ont reçu de l'organisation des T-shirts et des chapeaux.

Heures d'ouverture du programme : Les cliniques étaient ouvertes tous les jours de 8h à 19h en vue d'assurer les services après les heures d'école. Les cliniques mobiles et les services communautaires n'avaient pas d'heures ou horaires fixes, car ces étaient déterminés par les besoins et les intérêts communautaires.

Suivi et évaluation : Les normes nationales et les protocoles institutionnels de Profamilia ont été appliqués aux cliniques, aux unités mobiles et aux services communautaires. Des données de base ont été recueillies au début du programme et chaque clinique a mis en place des comités qui étaient chargés des évaluations mensuelles et des rétroactions. Des enquêtes d'évaluation annuelles ont été effectuées par le bureau national à Bogota.

Difficultés rencontrées et solutions trouvées

Maintien des pairs éducateurs : les engagements scolaires, professionnels et familiaux ont empêché certains pairs éducateurs de continuer à participer au programme.

- Les formations à l'intention des pairs éducateurs ont été réduites de quatre heures à trois heures par jour pour tenir compte de la durée d'attention des jeunes et de leurs responsabilités quotidiennes. Un programme flexible a permis aux pairs éducateurs d'équilibrer leurs activités éducatives avec le travail, l'école et la vie familiale. Il n'y avait pas d'obligation pour les pairs éducateurs de couvrir des heures hebdomadaires ou mensuelles, leur permettant ainsi d'identifier les opportunités et de planifier des événements sur la base des besoins de leurs communautés. Les pairs éducateurs ont mené des activités éducatives par eux-mêmes ou avec d'autres, selon les besoins de la communauté et leur mobilité.

Objection des adultes à la SSRA : Les adultes craignaient que l'introduction de connaissances SSR pousserait les adolescents à s'initier aux relations sexuelles à un jeune âge.

- Profamilia a établi des liens avec les dirigeants communautaires et les écoles afin d'éduquer les adultes sur l'importance de l'éducation des adolescents en matière de planification familiale. Les adultes ont reconnu la nécessité de ces services dans leurs communautés et ont montré peu de résistance à la mise en œuvre effective des activités du programme.

L'imprévisibilité du travail dans les zones de conflit actif : le personnel médical et de terrain a rencontré des difficultés pour atteindre la population cible, suivre les patients et concrétiser ses activités de proximité sur le terrain prévues en raison de l'insécurité.

- Des zones neutres, telles que des écoles et des centres communautaires, ont été identifiées pour assurer la sécurité des adolescents qui se déplacent d'une zone de conflit à l'autre.
- Un certain nombre de stratégies de communication (éducation par les pairs, le bouche à oreille, les liaisons avec les dirigeants communautaires, des annonces radio et des brochures) ont été utilisées pour s'assurer que le plus grand nombre de personnes soit informé de ses droits.
- Le personnel a compris l'importance des nouveaux plans d'actions de proximité sur le terrain et les a mis en œuvre lorsque confronté à des obstacles tels que la recherche d'une nouvelle population à atteindre ou la prestation de services qui ne nécessitent pas l'utilisation de l'électricité.
- Les équipes de programme ont déclaré accorder une grande valeur à la flexibilité lors du recrutement de nouveaux membres du personnel, précisant que, « Vous devez avoir la capacité et l'aptitude à vous adapter lors de l'exécution ». Cela était particulièrement important pour les médecins qui ont été recrutés sur le programme. Plutôt que de mettre l'accent sur le maintien de la stabilité au niveau du programme, ils se sont assurés que leurs équipes ne seraient pas gênées par le manque de prévisibilité dans la mise en œuvre.
- Le tissage de liens personnels avec la communauté a permis la mise en place d'un processus de suivi informel entre Profamilia et les clients qu'elle sert.

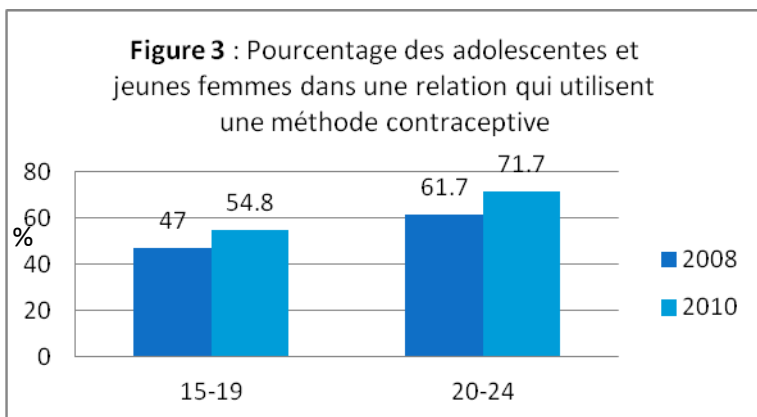
Manque de personnel médical : Les régions touchées par un conflit rencontrent souvent des difficultés en matière de ressources humaines. Dans la région de la côte du Pacifique, les cliniques n'avaient pas toujours le personnel médical suffisant à envoyer dans les unités mobiles

- Parce que Profamilia est une grande organisation de services de santé, elle a pu utiliser les employés d'autres sites à proximité pour appuyer les cliniques et les unités mobiles.
- Profamilia a orienté des clients vers d'autres centres de santé communautaires qui ont des services spécialisés demandés par les membres de la communauté.
- des dispositions prises en matière de transport ont également facilité le déplacement des clients vers le principal centre de santé de Profamilia dans le cas où le personnel médical ne pouvait se déplacer vers la communauté.

Les grandes distances nécessitent un budget conséquent : des engagements budgétaires importants peuvent s'avérer nécessaires lorsqu'un projet vise à fournir le transport aux clients et aux agents de terrain dans le but d'améliorer l'accès.

- Travailler avec les communautés et forger des liens avec des partenaires permet de créer localement des options de transport afin que les clients puissent se rendre dans les centres de santé.
- Profamilia a pris soin de prévoir et de prioriser les coûts de cette rubrique. Cependant, elle reconnaît que de nombreux programmes ne peuvent se le permettre.

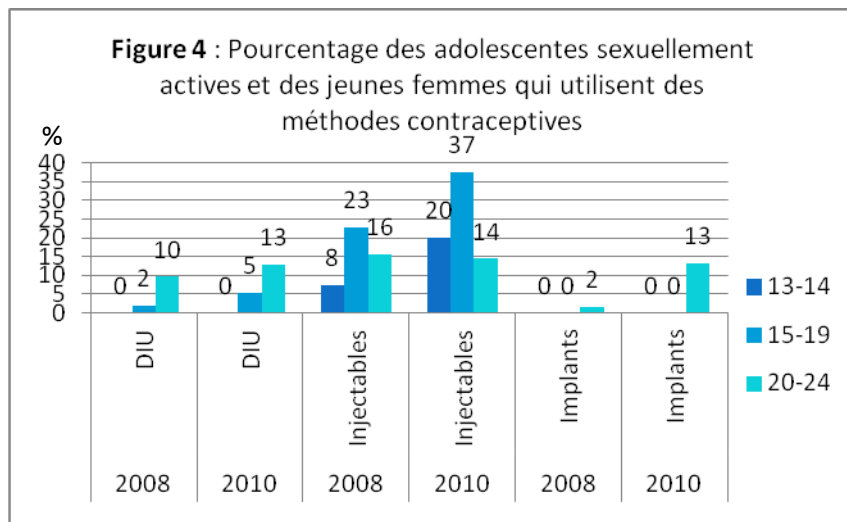
Les facteurs menant au succès



Formation et sensibilité du personnel

Profamilia a énormément investi dans le recrutement du personnel et sa formation à la sensibilité, ainsi que des formations complètes initiales et de mise à jour annuelle en faveur des pairs éducateurs. Cet investissement a été considéré comme un facteur important qui a contribué à la qualité, l'adaptabilité du personnel et des sensibilités de la communauté.

Confidentialité : Les cliniques et les unités mobiles ont été commercialisées comme offrant des services de médecine familiale générale en vue de réduire l'anxiété et la stigmatisation des jeunes désireux de recevoir des services de Profamilia. Les jeunes, quel que soit leur âge, n'ont pas besoin du consentement parental pour les services de planification familiale.



Confiance de la communauté : Avec plus de 25 années de travail dans le domaine, Profamilia s'est fait un nom que les gens respectent et dans lequel ils ont confiance. Elle embauche des agents de terrain et forment des pairs éducateurs au sein des communautés qu'elle souhaite servir, ce qui renforce son engagement à représenter et servir les membres de la communauté. La paperasse limitée et l'autonomie des jeunes pour accepter ses services réduisent les obstacles à l'accès aux soins de santé et ont permis aux clients d'accéder facilement aux services qu'ils souhaitent recevoir.

Approche centrée sur les adolescents : Les adolescents ne sont pas seulement des bénéficiaires du programme ; ils ont également contribué à sa conception et à sa mise en œuvre. Ils ont été consultés lors de la formation des pairs éducateurs sur les leçons et les approches de l'enseignement qui semblent plus utiles et sensibles pour leurs pairs. En outre, les divers besoins des adolescents, par groupe d'âge et autres sous-populations ont été reconnus et des actions spécifiques ont été tentées pour y répondre.

**Activités de collecte de données

Au total, sept entrevues approfondies ont été menées avec le personnel du programme à Cali et Aguablanca (directeur national, quatre membres du personnel de programme et deux clients). Deux groupes de discussion ont été organisés : l'un avec les pairs éducateurs et une autre avec des clients qui ont reçu des services. Des entrevues ont été menées par un consultant externe qui a également fourni des observations directes sur le programme. Les entrevues et les discussions de groupe ont eu lieu entre le 19 août et le 25 septembre 2012.

Programme : Gulu Youth Center (GYC)

Lieu : Gulu District, Ouganda

Type de programme : Centre pour jeunes

Groupe d'âge ciblé : 10-24 ans

Milieu : Péri-urbain à Gulu, où les clients sont des déplacés internes ; actuellement, principalement des rapatriés.

Crise : Conflit passé à situation de post-conflit.



Adolescents à Gulu.

©Straight Talk Foundation

Contexte du programme

Straight Talk Foundation (STF), une ONG nationale, a créé le GYC en 2004 pour fournir des informations et des services

SSR aux adolescents touchés par les conflits dans le nord de l'Ouganda. GYC, dans la ville de Gulu, reçoit environ 70 000 clients par an, y compris les références de nombreuses agences communautaires et institutions nationales telles que les prisons de Gulu. 50 000 clients sont atteints à travers des dialogues de santé, et 20 000 reçoivent des informations et services de SSR, y compris les conseils et dépistage du VIH (HCT), la planification familiale, le diagnostic et traitement des IST, la circoncision, les soins post-viol et la prophylaxie post-exposition (PEP) pour le VIH. Si au départ, le groupe cible était de 10-24 ans, les parents d'adolescents et les enfants d'adolescents cherchent également des services à GYC.

Modèle du programme

Services offerts : GYC offre des services intégrés et des informations SSR à travers une approche globale de prévention qui combine « Discussions + Services + Moyens de subsistance ». En plus des consultations au centre des jeunes, le programme organise des dialogues sur la santé à travers l'approche communautaire sur certains sites ; des visites dans les écoles pour des discussions sur la santé ; des visites à domicile ; des groupes de soutien, notamment pour les jeunes mères et les adolescentes vivant avec le VIH, des clubs Straight Talk (dans les écoles et en dehors), des émissions de radio, et « info de loisirs/ludo-éducatif » sous la forme de films et de compétitions sportives sur la SSR-sujets connexes. STF a publié son propre journal « Young Talk », ciblant les 10 -14 ans et « Straight Talk » ciblant les 15 - 19 ans. Ceux-ci sont disponibles à GYC, ainsi que dans les écoles et autres endroits où GYC a des activités de proximité sur le terrain. Pour les services nécessitant des compétences spécialisées au-delà de ce que GYC est en mesure de fournir, les clients sont envoyés dans les hôpitaux publics / établissements de santé, les Samaritains Comboniens et *The Aids Support Organization* pour la prise en charge du VIH sida. Les suivis se font selon les circonstances présentant un intérêt particulier (les couples ayant un statut VIH différent ou des IST récurrents). Dans les cas d'agression sexuelle, GYC réfère les patients à l'hôpital ou dans une clinique privée pour prise en charge complémentaires et prise en charge post-avortement, y compris un soutien psychosocial supplémentaire. GYC collabore également avec des organisations communautaires telles que *Flama Medical Center* dans le cadre de référence de patients. Dans le district de Gulu, GYC a de très bonnes relations avec le gouvernement local. GYC est membre de plusieurs groupes de travail du sur la santé et l'éducation au niveau du district.

Un adolescent est revenu quelques jours après une séance de counseling sur les pressions exercées par ses camarades qu'il vivait pour avoir des relations sexuelles. Il a déclaré à l'agent: « merci, vous avez sauvé ma vie ». Ce genre de feedback est encourageant. (Pair éducateur de GYC)

Heures d'ouverture du programme : GYC est ouvert de 8h30 à 17h00 durant la semaine, ainsi que les samedis. Les victimes d'agression sexuelle peuvent obtenir des soins de 08h30 à 17h00 sept jours sur sept. Une assistance téléphonique est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Personnel : GYC est supervisé par un coordonnateur. Les autres membres du personnel travaillent dans le domaine clinique, du counseling, de laboratoire et de la finance / administration. Un appui supplémentaire à la gestion est fourni par le siège social STF à Kampala. GYC offre des possibilités de stages aux étudiants intéressés par l'acquisition d'expérience dans la prestation de services aux jeunes. Tout le personnel clinique et de conseil a été formé à la prestation de services adaptés aux adolescents et à la prévention de violence sexiste, notamment la gestion clinique des victimes d'agression sexuelle. GYC travaille également avec près de 30 pairs éducateurs issus de la communauté.

Implication des adolescents : Les adolescents déclarent qu'ils participent à la conception du programme GYC en prenant part au théâtre, aux tournois de volley-ball et de football. Ils échangent leurs idées à travers ces forums.

Confidentialité : Le personnel est formé pour assurer la confidentialité et GYC est situé dans un lieu privé.

Données : Des données de routine sur le counseling et le dépistage du VIH, le matériel IEC distribué et l'adoption de la planification familiale ainsi que des services d'IST sont enregistrées par le clinicien / conseillère / technicienne de laboratoire sur des fiches désignées. Le gestionnaire de données transfère alors les informations à une base de données pour analyse par STF-Kampala. Des rapports mensuels sont envoyés au siège du district. STF utilise également des données provenant de GYC pour instruire les décisions relatives à la programmation.

Difficultés rencontrées et solutions trouvées

Financement et changement au niveau des priorités des donateurs : GYC est appuyé par les donateurs en programmes à court terme. Des changements au niveau des donateurs ont conduit à des changements de priorité, affectant ainsi les activités de GYC. Le nombre de clients de planification familiale a augmenté considérablement en 2008 suite à l'arrivée d'une subvention ciblée. Le donateur principal actuel se focalise sur le VIH & sida.

- STF aborde la question des donateurs et des priorités en se rapprochant de ceux qui partagent les mêmes objectifs et la même vision qu'elle. Elle cherche également à diversifier sa base de donateurs en voulant collaborer avec ceux qui ont des intérêts plus larges. En vue de permettre des services harmonieux, les services de planification familiale sont intégrés dans les programmes de VIH. GYC aborde la SSRA d'une manière complète.

Sécurité des produits : GYC est fréquemment confronté à des ruptures de stock d'approvisionnement SR, étant donné qu'il utilise les canaux d'approvisionnement de l'État. La CU, les implants, les injectables et les préservatifs féminins sont souvent en nombre insuffisant. Cette situation est décevante pour les adolescents et restreint l'adoption de la planification familiale. Des antibiotiques pour traiter les IST, en particulier ciprofloxacine et le clotrimazole pessaries, ont également été en rupture de stock.

- Lorsque la CU est en rupture de stock, des doses plus élevées de contraceptifs oraux combinés sont utilisées. GYC a essayé d'obtenir des contraceptifs auprès d'autres partenaires ; lorsqu'une autre organisation a fourni Implanon, l'utilisation de la CU a augmenté entre juin et juillet 2012 chez les 17-29 ans.

La résistance de la Communauté à la SSRA : Lorsque GYC a commencé ses activités en 2004, la demande de services de SSR pour les adolescents était élevée car il y avait un manque de points de services alternatifs pendant le conflit. Cependant, GYC a connu une résistance de la part de l'ensemble de la communauté. Les adultes estimaient que GYC « apprenaient aux jeunes à avoir des relations sexuelles », plutôt que d'offrir une éducation sexuelle pour enseigner aux adolescents ce que signifie le passage à l'âge adulte.

- Des attitudes positives se sont développées au fil du temps. GYC a réussi à se faire accepter par la communauté à travers ses émissions radiophoniques, ainsi que grâce à la collaboration avec les leaders culturels et religieux. Il a fait participer les adolescents à des discussions menant à des réflexions critiques ; ces discussions les ont attirés et « Straight Talk » est devenu un label. GYC continue à sensibiliser les adolescents à la fois au niveau de l'école et hors de l'école, ainsi que les parents.

Réduction de la clientèle dans un environnement changeant : Pendant le conflit, lorsque les adolescents vivaient dans des camps, d'autres sont venus à GYC. Quelques uns qui étaient venus comme personnes déplacées internes sont rentrés chez eux. Le suivi auprès des adolescents qui sont rentrés chez eux après un conflit a été tout aussi difficile en raison des difficultés à les localiser.

- Afin de continuer à toucher les adolescents, malgré les mouvements de population, STF organise des activités de sensibilisation dans différents secteurs de la municipalité et les zones rurales. Elle effectue également des visites à domicile pour les personnes handicapées, dont un grand nombre a été blessé au cours du conflit. STF a appris que l'innovation est nécessaire pour cibler les adolescentes non scolarisées, les adolescentes avec enfants ou celles qui sont dans l'industrie du sexe. Les activités de proximité sur le terrain en dehors des horaires du centre pour jeunes ont été des stratégies utiles. Ce genre d'activité a permis à GYC de maintenir l'utilisation de contraceptifs.

Faible participation des femmes : À un moment donné, GYC a connu une faible participation des femmes.

- STF essaye de corriger le déséquilibre entre les sexes en organisant des dialogues structurés sur le genre et en adoptant des approches adaptées aux filles, telles que l'utilisation des conseillères pour s'occuper de la clientèle féminine. Les dialogues ont constitué des forums ouverts pour les filles pour qu'elles puissent discuter de leurs préoccupations, en particulier celles liées au conflit. Avec le temps, ces espaces ont constitué des occasions de discussions sur la SSR. STF cible aussi les hommes et les garçons pour qu'ils changent leurs attitudes envers les femmes et les jeunes filles en leur inculquant des connaissances sur le rôle important que jouent les hommes dans l'utilisation de la contraception par leurs partenaires. En outre, les clientes féminines sont encouragées à rechercher les services avec leurs partenaires masculins.

J'ai entendu à la radio que des jeunes pouvaient se réunir, jouer et obtenir des informations à GYC, alors j'ai décidé de venir ici. (Une cliente adolescente)

Les facteurs menant au succès

Combiner les approches de prévention : L'approche STF de combinaison de prévention à l'intérieur de services gratuits et complets a été essentielle à la réussite du GYC. L'introduction d'activités relatives aux moyens de subsistance et au renforcement des compétences pour la SSR a été efficace au niveau de la responsabilisation des adolescents, et de la création de communautés soudées pour les groupes vulnérables tels que les jeunes mères et les séropositives. Le counseling est assuré pour la planification familiale et le VIH & SIDA. Les prestataires de services de GYC veillent à ne pas être intimidants,

critiques, mais plutôt amicaux et patients afin que les adolescents se sentent à l'aise pour discuter de leurs préoccupations.

Informations ludo-éducatives : Les adolescents sont attirés par les activités ludo-éducatives de GYC. En plus des discussions facilitées par le biais du cinéma et du divertissement, GYC se lance dans des initiatives de communication majeures où des messages imprimés sont disponibles en quatre langues ; la radio STF pour les adolescents diffuse en 13 langues ; la radio STF pour les parents en neuf langues, et des services gratuits de SMS pour des informations sur la planification familiale et la SSR à travers un partenariat avec Google et un réseau cellulaire local. La communication face-à-face, les interactions avec les pairs et les clubs Straight Talk sont également des

formes de soutien en personne. Une telle approche a permis à des adolescents plus jeunes encore, dont un grand nombre riait et ricanait lorsqu'il y avait des discussions sur la planification familiale, à demander des contraceptifs. GYC a créé une demande au-delà des préservatifs, y compris les injectables chez les jeunes adolescents et les implants chez les adolescents plus âgés.

Pairs motivés : Alors que certains pairs ont souligné comme défi le manque de salaire adéquat, les pairs GYC reçoivent une allocation, des unités pour leurs téléphones cellulaires et des fonds lorsqu'ils facilitent les activités de proximité sur le terrain, ce qui les motive dans leur travail. GYC donne également un sentiment d'importance aux jeunes en reconnaissant et en louant leur travail en public. STF a appris que les pairs éducateurs peuvent ne pas être aussi efficaces en matière d'amélioration des connaissances, des attitudes et des comportements au niveau communautaire si trop de temps est consacré à la formation, si le maintien devient un défi ou si les donateurs fixent des objectifs déraisonnables. Cependant, les pairs peuvent être efficaces s'ils peuvent soutenir des programmes, et servir de modèles au sein la communauté. GYC fait un effort pour motiver les pairs et fournir des cours de perfectionnement, une supervision structurée et un mentorat continu.

Répondre aux divers besoins : GYC s'adresse à toutes les catégories d'adolescents, y compris les scolarisés et non scolarisés, mariés / célibataires, handicapés ou séropositifs.

Renforcement des capacités institutionnelles : Tout comme pour son travail avec les pairs, STF organise des cours de perfectionnement à l'intention du personnel et effectue des promotions internes. En outre, ses systèmes financiers et de ressources humaines sont solides et permette au personnel du programme de se concentrer sur son travail. STF offre des possibilités de promotion, ainsi la plupart des employés permanents étaient auparavant des pairs éducateurs. Deux cadres supérieurs de GYC travaillent au

Figure 5: Méthode acceptée par les clients de planification familiale

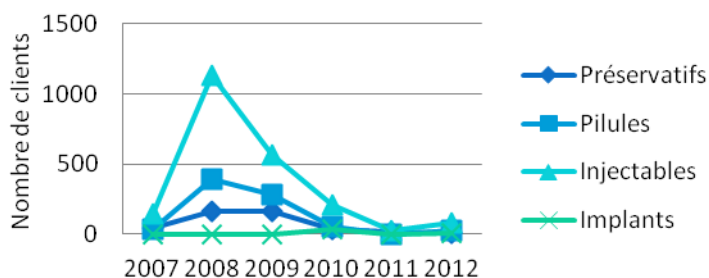
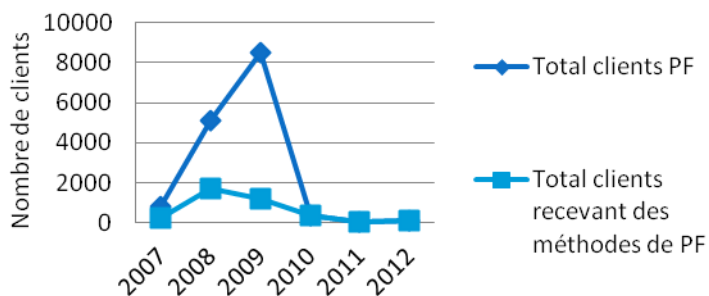


Figure 6: Les clients acceptant des contraceptifs parmi tous les clients de planification familiale



centre depuis sa création, ce qui a contribué à la continuité du programme et à assurer la mémoire institutionnelle.

Après avoir créé le GYC, STF a ouvert en 2007 un centre pour jeunes semblable pour assurer des services de SSRA. Elle a également ouvert un bureau dans la région de Karamoja, où l'accent est mis actuellement sur la sensibilisation.

****Activités de collecte de données**

Les données relatives aux études de cas (entretiens avec le personnel ; entretiens de fin d'emploi ; observation de structure ; FGD des agents de terrain ; FGD pour les adolescents) ont été recueillies le 19 juillet à Kampala et les 1^{er} et 2 août 2012 à Gulu. Les discussions de groupes sur le terrain ont été animées par une femme paire éducatrice et trois hommes pair-éducateurs âgés de 22 à 26 ans. Des FGD distincts ont été organisés à l'intention des adolescents parmi lesquels 10 garçons âgés de 16 à 22 ans (deux au dessus de 19 ans) et 10 filles âgées de 15 à 22 ans (deux au dessus de 19 ans). Tous les participants ont eu à donner leur accord avant l'activité de collecte de données. Les données FGD ne sont pas représentatives, étant donné que la saturation n'a pas été demandée pour cet exercice.

IV. Enseignements tirés

Malgré le nombre limité des programmes actuels de SSRA en situations de crise humanitaire, les trois études de cas, ainsi que plusieurs autres programmes qui font montre d'approches prometteuses, présente des leçons et des stratégies innovantes pour relever les défis souvent semblables de la SSRA en situations de crise humanitaire.

Dans l'ensemble, **les programmes efficaces ont veillé à l'implication des parties prenantes pour bâtir la confiance communautaire et obtenir le soutien des adultes.** Tous les trois programmes d'études de cas ont signalé des objections des adultes ou la résistance des communautés à la SSRA à leurs débuts. Cependant, en engageant sérieusement les leaders communautaires et religieux, les parents et les autres parties prenantes dans la conception, la mise en œuvre et les activités de proximité sur le terrain, les programmes ont progressivement gagné la confiance et le respect de la communauté. Le recrutement et la formation des agents de terrain et des pairs éducateurs, en particulier les groupes vulnérables de la communauté, semblent contribuer à un appui au renforcement des programmes de SSRA. Le programme scolaire SSRA de American Refugee Committee (ARC) -Comité américain pour les réfugiés, dans le camp de réfugiés de Gihembe au Rwanda, a en outre recruté des pairs éducateurs auprès de conseillers de confiance déjà engagés dans son programme VIH, ce qui a amélioré le confort et l'acceptation de la composante SSRA par la communauté. Il est important de commencer par ce que la communauté est prête à accepter.

La participation et l'engagement des adolescents, au-delà de la participation symbolique, et dès l'apparition d'une

Encadré 1 : programmation complète pour répondre aux besoins des adolescentes dans les situations d'urgence
Réseau d'Adolescentes en Haïti.

Programme

Le réseau d'Adolescentes en Haïti (HAGN) est un modèle novateur de programmation complète pour les adolescentes dans les situations d'urgence. Le réseau regroupe un certain nombre d'ONG locales et internationales travaillant dans les domaines de l'éducation, de la protection, de la VBG et de la santé. Les agences membres ont décidé de se rassembler pour répondre à l'augmentation dramatique de la vulnérabilité des adolescentes âgées de 10 à 19 ans suite au tremblement de terre qui a dévasté Haïti en 2010, et elles continuent à prendre en compte et à augmenter les capacités des jeunes filles vivant dans les départements de l'Ouest, des Nippes, du Centre, du Sud-est, de l'Artibonite et du Sud.

Méthode de prestation de services

Le réseau HAGN a créé des espaces sûrs dédiés aux jeunes filles pour encourager les adolescentes à accéder à un environnement leur permettant d'apprendre, de communiquer et de renforcer des interactions saines avec leurs homologues. Beaucoup de jeunes filles ont été confrontées à des menaces de violence et au commerce sexuel en raison de leurs mauvaises conditions de vie, aussi HAGN a promu un modèle d'autonomisation économique pour améliorer leur état de santé. Ceci inclut les apprentissages pratiques utiles à la vie courante, la formation en lecture, écriture et calcul et la formation professionnelle pour offrir aux jeunes filles des opportunités de sources de revenus alternatives. De plus, une éducation sexuelle complète était fournie pour sensibiliser les adolescentes à une information en SSR et en GBV adaptée à l'âge, et des renvois étaient faits vers des services de santé adaptés aux adolescents, fournis par une organisation partenaire, *Profamil*. Les adolescentes avaient accès à une variété de services de SSR auprès de *Profamil*, dont la contraception, le dépistage et le traitement des IST et du VIH, les soins anténatals, d'accouchement et postnatals, et la prise en charge médicale pour les survivantes d'agressions sexuelles. *Profamil* s'appuie également sur un modèle d'éducation par les pairs pour le partage d'information et le conseil, encourageant les adolescentes à se rendre dans la structure adaptée aux adolescents.

Points d'apprentissage

Une coordination et une coopération efficaces entre les organisations humanitaires peuvent avoir un impact énorme pour garantir que l'information et les services sont fournis d'une manière complète à toutes les personnes affectées par une situation d'urgence, et particulièrement pour les personnes vulnérables comme les adolescents. Des résultats positifs de SSRA peuvent être atteints lorsque ses multiples influences, telles que la prévention et le traitement de la VBG, la réduction des inégalités de genre et économiques, et la promotion de l'éducation sont reconnues et traitées, même dans les contextes fragiles. En outre, pendant une urgence, les mécanismes de coordination sont reconnus et appréciés des donateurs, des Nations Unies et de l'État comme une source d'informations cohérentes et un système permettant de maximiser les ressources limitées.

Encadré 2 : Utilisation des écoles pour atteindre au mieux et maintenir les adolescents au sein des services de santé
American Refugee Committee (ARC), camp de Gihembe, Rwanda

Programme

American Refugee Committee ARC (Comité Américain pour les Réfugiés) travaille au Rwanda depuis 1997 pour répondre aux besoins des réfugiés du Nord Kivu, RDC. En 2006, le programme a été élargi pour atteindre les adolescents par le biais d'actions spécifiques en milieu scolaire. Le but était d'aller là où les jeunes se trouvent, et de leur fournir une expérience positive en matière de santé grâce à la fourniture d'informations et de références pour la planification familiale et le conseil et dépistage volontaires du VIH (CDV) au centre de santé. La proximité du centre de santé avec l'école a été bénéfique pour ce modèle, le centre étant situé en face de l'école.

Méthode de prestation de services

Une fois par semaine au minimum, une activité est organisée par le *Programme de Santé Reproductive des Jeunes* d'ARC à l'école primaire et l'école secondaire du camp de Gihembe. Les éducateurs de santé conduisent des activités de sensibilisation en SSRA avec les adolescents dans chaque classe. Le personnel se déplace de façon systématique à travers les classes de l'école, changeant de sujet chaque semaine pour garantir que toute l'école soit couverte à la fin de l'année. Le programme intègre les infirmières de la structure de santé de façon à attirer les adolescents scolarisés vers le système de soins. Si besoin, les adolescents sont alors accompagnés au centre de santé pour les services de planification familiale. Les références pour le conseil et dépistage volontaires ont lieu pendant les jours dédiés au dépistage et au conseil des jeunes.

Bien que le cœur de l'intervention soit un programme en milieu scolaire, le programme d'ARC a répondu à l'une des principales critiques des programmes en milieu scolaire, en établissant en parallèle des activités mobiles de proximité pour les adolescents déscolarisés. ARC organise des programmes de théâtre avec des messages clairs ciblant ce groupe et de la même façon organise des références pour la planification familiale, les consultations pré maritales et les services de CDV au centre de santé. Le programme a également créé une équipe de pairs-éducateurs pour les activités de sensibilisation et la distribution de préservatifs.

Points d'apprentissage

Aborder la SSR chez les adolescents est un défi dans de nombreuses communautés, et travailler avec les réfugiés du Nord-Kivu ne fait pas exception. Bien que la stigmatisation qui entoure la planification familiale y demeure, la sensibilisation a été un élément central du programme depuis son démarrage. Avant le programme, les membres des communautés, les chefs religieux et les groupes de femmes et des jeunes ont été réunis pour des activités éducatives liées au programme prévu. Les personnes mettant en œuvre le programme reconnaissent que le démarrage a été difficile, « parce qu'il était encore tabou de parler de la planification familiale pour les jeunes, même avec des adultes ». Cependant, bien que lents, des progrès ont été accomplis. La sensibilisation n'était clairement pas une activité de court terme.

Les éducateurs et les prestataires ont été sélectionnés parmi la communauté de façon à consolider l'appui au programme. Les pairs-éducateurs ont été choisis parmi différentes populations bénéficiaires, en assurant la représentation des deux sexes et des populations vulnérables ciblées par l'intervention. En outre, la plupart des prestataires de planification familiale ont été identifiés à partir du programme de CDV, ayant déjà travaillé en tant que conseillers CDV. L'élargissement de leur rôle vers le conseil en planification familiale pour les adolescents a amélioré le sentiment d'aise des communautés et l'acceptation du programme. Travailler à partir de ce que la communauté est prête à accepter était l'un des points clés d'apprentissage de ce programme.

situation d'urgence, est essentielle pour obtenir l'adhésion des adolescents et l'accroissement de la demande de services.

De nombreuses organisations à travers l'enquête de cartographie des programmes de SSRA ont indiqué que les perceptions des adolescents constituaient des obstacles à une utilisation accrue des services, ou n'impliquaient que les jeunes de plus de 20 ans, plutôt que les 10-19 ans. Profamilia et les programmes STF, en particulier, ont réussi à faire participer activement les adolescents à la conception, la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de leurs programmes. Veiller à ce que les améliorations du programme soient fondées sur les contributions des adolescents, y compris des plus jeunes adolescents et adolescentes et autres sous-groupes, semble être un élément essentiel aux processus itératifs qui guident les bonnes pratiques de programmation.

Les programmes de SSRA qui connaissent un succès répondent aux différents besoins des sous-populations des adolescents. Malgré le manque de reconnaissance des besoins particuliers et de la vulnérabilité des adolescents en situation de crise humanitaire, les programmes efficaces acceptent les adolescents comme une population distincte ayant des besoins spécifiques et comprennent l'hétérogénéité de ce groupe. Le chapitre IAFM sur la SSRA énumère une série de groupes vulnérables parmi les adolescents. Il s'agit des très jeunes adolescents de 10 à 14 ans ; des filles mères ; des orphelins et enfants vulnérables ; des enfants chefs de

famille ; des jeunes filles mariées ; des adolescents séropositifs ; des enfants soldats et d'autres enfants associés aux forces combattantes ; des adolescents engagés dans le commerce du sexe ; des adolescents victimes de la VSG et des adolescents ayant des rapports homosexuels.⁴¹ En effet, STF organise des groupes de soutien pour les groupes particulièrement vulnérables tels que les jeunes mères et les adolescentes vivant avec le SIDA, et touche également les adolescentes scolarisées et non scolarisées, les mariées et non mariées ainsi que les handicapées. Reconnaître les besoins uniques et distinctes permet également aux programmes d'identifier ceux qui ne sont pas servis et de renforcer les points faibles, comme la présence limitée de filles ou de jeunes adolescentes dans les activités du programme.

Un personnel SSRA qualifié et dévoué, y compris le personnel clinique, est indispensable pour garantir une prestation de services de qualité. Une difficulté fréquemment signalée par l'exercice de cartographie, en ce qui concerne les programmes de SSRA, est l'attitude négative et les préjugés des prestataires envers les adolescents. Les programmes les plus efficaces, cependant, reconnaissent que les adolescentes ont des besoins spécifiques de santé et requièrent des soins à administrer par des prestataires qui comprennent ces besoins, peuvent communiquer efficacement avec ce groupe d'âge et peuvent garantir la confidentialité. Ces programmes mettent l'accent sur l'identification et le recrutement de personnel, y compris les prestataires femmes, et investissent dans la

Encadré 3 : Atteindre les jeunes réfugiés et déplacés internes dans les centres urbains Family Health Options, Kenya - Nairobi, Kenya

Programme

Family Health Options, Kenya (FHOK), une association membre de la Fédération internationale pour la planification familiale, fait fonctionner un centre pour les jeunes à Eastleigh, Nairobi, depuis 1986. Eastleigh, situé dans l'est de Nairobi, est un quartier majoritairement Somali. Seulement une fraction des résidents sont reconnus formellement comme réfugiés ou demandeurs d'asile, ce qui signifie que l'accès aux services de santé vitaux est difficile pour beaucoup d'entre eux. Le centre pour les jeunes de FHOK a été mis en place pour répondre aux besoins de SSR des adolescents dans cette communauté défavorisée, par des stratégies appropriées adaptées aux jeunes. Les adolescents de la communauté Somali, ainsi que d'autres parties de la ville, utilisent ouvertement les services pour les jeunes qui ont été rendus disponibles.

Méthode de prestation de services

Le centre pour jeunes de FHOK sert les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans. Le centre offre des services de SSR et de médecine générale, de la formation entrepreneuriale, sur les compétences de vie et les compétences commerciales, et de la formation professionnelle (coiffure, habillement, mode et design) pour près de 150 jeunes chaque jour. Le programme indique qu'il n'est actuellement pas capable de répondre à la demande des jeunes qu'il sert. Les services de santé, disponibles sur place, sont non stigmatisants et facilement accessibles depuis le centre pour jeunes. La clinique médicale offre une grande variété de méthodes contraceptives à long et à court terme, ainsi que d'autres services de SSR. Les adolescents qui viennent à la clinique sont conseillés par une infirmière formée, et reçoivent une méthode de planification familiale appropriée, si besoin. La majorité des clients servis par ce programme sont des utilisateurs continus de la planification familiale.

Points d'apprentissage

Ce centre pour jeunes démontre que le projet a réussi à attirer les adolescents dans un centre multiservices. Les programmes de santé dans les centres urbains exigent la prestation de services à la fois aux communautés hôtes et aux communautés de migrants. Les migrants ne vivent pas en vase clos, mais plutôt dans les diverses communautés, et leur état de santé a un impact sur la communauté au sens large. En fournissant des services à une communauté plus large, l'acceptation et la viabilité à long terme de ces programmes urbains sont améliorées.

Cependant, FHOK souligne que le programme n'a pas aussi bien réussi qu'il l'aurait dû. Bien que le centre ait adopté cette stratégie, et soit largement accepté par la communauté d'accueil, les services de planification familiale n'atteignent pas avec succès les jeunes réfugiés et migrants, que le programme était initialement destiné à servir. Le directeur note que le programme a été un franc succès en tant que centre pour jeunes, et attire même des jeunes d'autres quartiers de Nairobi. Cependant, les obstacles culturels à la planification familiale au sein de la communauté Somali n'ont pas été suffisamment surmontés. Si davantage de personnel et de fonds étaient disponibles, FHOK pense qu'il pourrait investir dans un meilleur accueil de la population pour laquelle le programme a été initialement conçu. Bien que de nombreux jeunes Somali fréquentent le centre, très peu ont accepté une planification familiale, ce qui est décourageant.

Encadré 4 : Préparation aux urgences en SSRA Consortium Humanitaire UNFPA, Philippines

Programme

Initié par l'UNFPA Philippines, ce programme pilote est destiné à former et préparer les principales organisations partenaires pour répondre aux questions de SSR, VBG et SSRA en situations d'urgence. Le Consortium Humanitaire a été créé en juillet 2012 à la suite du typhon Washi (décembre 2011) comme une plate-forme dans le but de prioriser la SSR, la VBG et la SSRA dans les situations d'urgence à venir et de sensibiliser les communautés et les autorités locales pour aider à l'atténuation de ces risques.

Méthode de prestation de services

Le Consortium Humanitaire comprend les principales ONG locales et internationales travaillant sur les programmes de SSR, de VBG et de SSRA aux Philippines. Les partenaires du Consortium humanitaire impliqués en SSRA comprennent l'Organisation de Planification Familiale des Philippines (Family Planning Organization of the Philippines FPOP), Save the Children et l'organisation Zone One Tondo (ZOTO). Le personnel du programme identifié dans ces organisations, beaucoup travaillant dans des sites exposés aux catastrophes dans la région métropolitaine de Manille et à Mindanao, a participé à des formations de formateurs sur le DMU en SSR et sur la boîte à outils SSRA en situations humanitaires. À leur tour, ils ont organisé des formations internes pour leurs équipes de santé et d'urgence et des formations externes avec les représentants des bureaux de santé de la ville et des organisations partenaires locales. Les autres activités du Consortium incluent le pré-positionnement de kits de santé reproductive à Manille et Mindanao, l'homogénéisation de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) / Communication pour le changement de comportement (CCC) et des messages de plaidoyer, en créant des comités de jeunes et en formant les pairs-éducateurs sur la façon de mener des sessions d'information sur la santé adaptées à l'âge et à la culture. De plus, un effort concerté a été fait pour inclure les questions spécifiques à la SSRA dans les outils d'évaluation d'urgence comme la matrice de suivi des catastrophes et l'évaluation rapide multisectorielle (Multi-cluster Rapid Assessment - MIRA).

Points d'apprentissage

La SSRA reste un domaine de programmation largement négligé dans la réponse à l'urgence car il est souvent avancé que les questions sensibles de normes liées au genre et de pratiques sexuelles ne peuvent pas être traitées pendant une crise humanitaire. Toutefois, dans les États fragiles et les pays exposés aux urgences, ces questions peuvent être abordées de manière proactive à travers le prisme de la préparation aux urgences et de la réduction des risques de catastrophe. Représentants du gouvernement, travailleurs de la santé, chefs religieux, parents et communautés peuvent être convaincus des risques auxquels les adolescents sont confrontés en cas d'urgence, de l'importance d'avoir des informations essentielles et de prendre les précautions nécessaires pour atténuer ces risques. Dans le même temps, les capacités des adolescents sont renforcées par une information à laquelle ils n'auraient pas facilement accès et ils sont informés sur les services adaptés aux jeunes dont ils n'auraient probablement pas connu l'existence. Le pré-positionnement des fournitures, la disponibilité d'outils d'IEC / CCC et d'un pool de pairs éducateurs formés donnent l'impulsion au programme de SSRA pour qu'il soit effectif dès les premiers stades d'une urgence.

formation en matière de sensibilisation du personnel, la formation continue et l'apport de soutien supplémentaire. Le kit de formation SSRA des organisations Save the Children / UNFPA est à cet égard un outil utile pour la formation du personnel.

La fourniture de services complets de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents sur un seul site peut accroître l'utilisation des services. Les programmes de SSRA peu efficaces offrent des composantes limitées de services de SSR, telles que la distribution de préservatifs principalement à des fins de prévention du VIH plutôt que d'une double protection, ou fournissent des contraceptifs sans éducation sexuelle ou conseil adéquat. Les programmes efficaces offrent des points d'entrée multiples aux services de SSR à l'intention des adolescents. Le modèle STF est un bon exemple, où l'agence a intégré la planification familiale et les conseils sur le VIH.

L'intégration des services, y compris l'éducation sexuelle, le renforcement des compétences, la planification familiale, la prise en charge du VIH et la prise en charge complète de l'avortement là où la loi le permet, améliore l'utilisation de ces services par cette population critique pour qui les références vers d'autres centres peuvent être difficiles.

Les programmes de SSRA efficaces adoptent une approche complète et multi-sectorielle à la programmation SSRA qui va au-delà des services de santé en établissement et un focus SSR cloisonné. Grâce à des modèles de réseaux, des mécanismes plus solides d'orientation et / ou à la fourniture de programmes complets, les programmes de SSRA efficaces offrent aux adolescents plus que des services cliniques de SSR. Servir la « personne entière » s'avère être

une approche très importante, en particulier lorsque les programmes essaient d'accroître la demande de services moins fréquemment recherchés, tels que la planification familiale. Les centres pour jeunes d'ARHN offre aux adolescents des services de protection contre la VBG à travers les membres et partenaires, y compris l'accès à des maisons sécurisées et une prise en charge psychosociale. Le *Haiti Adolescent Girls' Network* (HAGN) (Réseau des adolescentes d'Haïti a créé de la demande en services de SSRA en offrant des cours de compétences de vie, d'alphabétisation et de calcul en vue du renforcement de l'autonomie économique (voir page 27). Avec sa combinaison d'approches de pointe en matière de prévention, « Discussions + Services + Moyens de subsistance », STF a considérablement contribué à l'autonomisation et au renforcement des réseaux sociaux chez les adolescents vulnérables. Family Health Options Kenya (FHOK) offre des cours en compétences de vie, techniques commerciales et formation professionnelle à son centre pour jeunes urbain à Eastleigh à Nairobi, un espace sécurisé qui utilise également des activités de loisirs telles que le théâtre, un gymnase, une salle de télévision et un cyber café pour attirer les adolescents (voir page 29). Profamilia en Colombie a constaté que l'inclusion de compétences en leadership comme élément clé pouvait faciliter la participation active et significative des adolescents dans la société. Ainsi, en utilisant divers modèles de programmes de SSRA, les programmes efficaces fournissent ou adoptent des approches complètes et intégrées.

Les programmes efficaces offrent des cours de perfectionnement, de supervision structurée, la reconnaissance et un mentorat continu aux pairs éducateurs afin de résoudre les questions de motivation et de maintien. Les trois programmes faisant l'objet des études de cas ont indiqué que le maintien des pairs éducateurs constituait un défi, étant donné la situation de crise humanitaire et les autres engagements des adolescents. Profamilia a résolu ce problème en réduisant les heures de formation, permettant des horaires flexibles pour les activités de proximité sur le terrain, et n'instituant pas de quotas pour le nombre d'heures de service. STF soutient les pairs éducateurs pour

qu'ils servent de modèles au sein de leur communauté, en reconnaissant et en louant leur travail dans des lieux publics. ARHN permet aux pairs éducateurs expérimentés d'encadrer de jeunes pairs et ceux nouvellement arrivés. La supervision et l'encadrement assurés par un personnel qualifié grâce à un système de rétroaction constante et une orientation apparaissent essentiels pour la résolution du problème de maintien des pairs, du maintien de la qualité du programme et de l'appui au développement des adolescents.

Des stratégies flexibles de sensibilisation, ainsi que l'inclusion de budgets de transport sont nécessaires pour atteindre les adolescents dans des endroits précaires et autrement plus difficiles à atteindre. Alors que différentes circonstances de crise humanitaire appellent diverses stratégies de communication et d'efforts de visibilité, les enseignements tirés des trois études de cas montrent que des stratégies créatives et flexibles peuvent en effet améliorer l'accès des adolescents aux services de SSR. Profamilia a envoyé des brigades de santé mobiles pour offrir des services aux communautés touchées par la crise, et l'organisation a exploité les liens avec les communautés afin de permettre un suivi informel avec les clients. L'inclusion d'une aide au transport dans les budgets des programmes apparaît également impérative, d'autant plus que les situations de crise sont aggravées par le manque de médecins et d'autres ressources humaines. Une priorisation consciente est nécessaire si l'accès aux services doit être amélioré pour les adolescents. Engager les adolescents comme agents de distribution à base communautaire est une façon supplémentaire d'améliorer l'accès aux services.

Inclure la SSRA lors de la planification des urgences permet de s'assurer que les besoins essentiels de cette population ne sont pas négligés au début de la crise. Certains des exemples de programmes de SSRA les plus prometteurs capables de fournir des services en situation d'urgence sont ceux qui existaient avant la crise. Ces programmes ont eu l'avantage du temps dans le pays pour bâtir une confiance

communautaire, exemples de la Colombie et de l'Ouganda, où un programme national a été élargi pour atteindre les adolescents touchés par la crise. UNFPA aux Philippines a également tenté la préparation aux urgences en SSRA, où le pré-positionnement des approvisionnements, les matériaux IEC / CCC facilement disponibles et des pairs éducateurs formés permettent que les besoins de SSR des adolescents sont traités dès les premiers stades d'une situation d'urgence (voir page 30).



Adolescents en action durant la réponse qui a suivi le passage du Typhon WASHI (Sendong) à Cagayan de Oro, Mindanao, Philippines.

Malgré les bonnes pratiques opérées dans les situations de crise, des défis et lacunes demeurent. **La sécurité limitée des produits suscite des attentes, et entraîne des déceptions alors que la demande a été créée.** Si les programmes les plus efficaces fournissent la contraception d'urgence grâce à la combinaison de contraceptifs oraux là où une pilule spécifique n'est pas disponible, par exemple, le manque d'approvisionnements SSR est problématique et demeure un défi permanent pour les organisations.

Bien que la plupart des programmes de SSRA identifiés n'aient pas recueilli suffisamment d'informations pour une analyse approfondie, les exemples d'études de cas ont démontré des fluctuations au niveau de l'utilisation des méthodes contraceptives chez les adolescents au fil des années. La cause fréquemment rapportée des baisses au niveau de l'utilisation est le **résultat de changements au niveau du financement et des**

priorités des donateurs. Cela montre le rôle important que les donateurs jouent dans la fourniture et l'utilisation des services de SSRA.

En outre, l'absence d'évaluation des programmes au sens large qui mesure cet impact au niveau de la population, ainsi que les tentatives de décomposer les données par âge et par sexe lorsque les données de SSR sont collectées, ne permettent pas de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité des programmes. Davantage d'informations permettraient de mieux répondre aux besoins des diverses sous-populations qui composent les adolescents, et de mieux définir la « manière » de mettre en œuvre certaines composantes en vue de résultats efficaces des bonnes pratiques. Il s'agit notamment d'examiner :

- les besoins spécifiques en SSR des très jeunes adolescents, et leurs préférences pour satisfaire ces besoins ;
- les besoins spécifiques en SSR et les stratégies de proximité sur le terrain en direction des adolescentes mariées et non mariées ;
- Les besoins spécifiques des adolescents de sexe masculins et les menaces dans les situations d'urgence ;
- comment rendre les programmes d'éducation par les pairs efficace dans les situations de crise humanitaire ;
- comment défendre efficacement et fournir à long terme des méthodes de planification familiale aux adolescents qui vivent dans les situations de crise humanitaire ;
- des modèles complets et multisectoriels pour la santé, la protection, l'éducation et les moyens de subsistance qui ont un impact sur les résultats de SSRA au niveau de la population ;
- des modèles de programmes de SSRA à travers le continuum secours-développement de la crise humanitaire, de l'après-crise à travers le redressement.



Les adolescents handicapés ont également des besoins qui ne doivent pas être ignorés.

© T. Falise, UNHCR, Thailand

V. Conclusion

Bien que la SSRA bénéficie d'une attention accrue dans les contextes de développement et humanitaires, il manque des programmes qui répondent aux besoins de SSR des adolescents en situation de crise et des données qui démontrent leur efficacité. L'activité de cartographie que WRC et Save the Children ont menée entre mars et août 2012 indique que les programmes de SSRA en situations de crise demeurent rares, avec seulement 37 programmes répondant aux besoins de SSR des adolescents depuis 2009. Seuls 21 programmes sur les 37 ont fourni au moins deux méthodes de planification familiale.

Des pratiques notables apparaissent en matière de SSRA en situation de crise, en particulier celles qui ont réussi à impliquer les parties prenantes pour renforcer la confiance des communautés et à faire participer et engager les adolescents, y compris ceux des sous-groupes vulnérables au niveau de la conception des programmes, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation. Les programmes efficaces semblent également intégrer les services

de santé sexuelle et reproductive cliniques, et adopter une approche complète et multisectorielle pour les programmes de SSRA qui couvrent les compétences de vie, l'alphabetisation, le calcul, la formation professionnelle et les techniques pour assurer les moyens de subsistance, entre autres services pertinents. En outre, ces programmes ont également élaboré des stratégies créatives pour répondre aux difficultés inhérentes à la crise humanitaire, tels que l'insécurité et la pénurie de personnel.

Malgré les bonnes pratiques, les défis et les lacunes demeurent en ce qui concerne la sécurité limitée des produits, ainsi que des changements de priorités de programmes influencés par les donateurs. Pour un meilleur accès à des services de SSRA pour les adolescents touchés par la crise, les donateurs, les gouvernements, les organisations humanitaires et les agences de développement doivent donc inclure la SSRA dès le début d'une situation d'urgence, pendant la durée prolongée de la crise et la période de redressement. Les investissements dans les programmes de SSRA qui ciblent les adolescents vulnérables permettront aux filles de rester à l'école, de se marier plus tard, de retarder la maternité, d'avoir des enfants en meilleure santé et de gagner un meilleur revenu devant leur profiter à elles, leurs familles et leurs communautés.⁴² Dans les situations de crise, les investissements dans la SSRA dès l'apparition d'une situation d'urgence devraient atténuer les vulnérabilités liées aux grossesses non désirées chez les adolescentes, aux avortements à risque et IST / VIH qui résultent de l'absence d'accès à l'information sur la SSR, à la grande prise de risques sexuels, à l'augmentation du risque de EAS et l'interruption ou l'inaccessibilité des services de SSR tellement nécessaires.

VI. Annexes

- Annexe 1 : Méthodologie
- Annexe 2 : Limites
- Annexe 3 : Liste des programmes de SSRA fournissant au moins deux méthodes de planification familiale
- Annexe 4 : Cartographie des programmes de SSRA : résumé des principales constatations
- Annexe 5 : Cartographies de tous les programmes de SSRA (en ligne <http://wrc.ms/VQE0TV>)
- Annexe 6 : Outil d'enquête en ligne (en ligne <http://wrc.ms/UAxseN>)
- Annexe 7 : Outils d'étude de cas (en ligne <http://wrc.ms/X6qpYb>)

Annexe 1 : Méthodologie détaillée

La recherche entreprise inclut une cartographie des programmes de SSRA et un recueil d'études de cas sur les bonnes pratiques. Pour cette étude, une situation humanitaire est définie comme un milieu affecté par un conflit ou une catastrophe dépassant les capacités existant dans le pays depuis 2009.

Cartographie des programmes de SSRA existants

WRC et Save the Children ont entrepris une cartographie des programmes existants mis en œuvre depuis 2009. Cette année limite a été choisie en fonction des cycles de financement des urgences connus et de la probabilité que l'information soit disponible.

La cartographie a identifié et examiné des programmes de SSRA en utilisant :

- la circulation d'une enquête en ligne en anglais et en français à des réseaux professionnels qui travaillent sur des programmes pour adolescents dans les communautés humanitaires et de développement, et l'identification des contacts clés grâce à des ressources Internet et à la littérature publiée sur les programmes de SSRA ;
- la revue des Flash Appeals et CAP du secteur santé pour identifier les projets proposés et financés ;

- des activités de sensibilisation pour identifier les références et les réseaux afin de capturer les programmes moins visibles.

Enquête en ligne pour les professionnels

Un sondage en ligne pour les professionnels a été développé sur SurveyMonkey pour mesurer l'étendue des programmes disponibles et pour obtenir des informations détaillées sur les programmes identifiés. Un questionnaire pilote comprenant 16 questions fermées et quatre questions semi-structurées ouvertes a été soumis à chaque répondant par programme. En utilisant une méthode d'échantillonnage en boule de neige, contact a été pris avec environ 1 200 membres du IAWG représentant quelques 450 ONG, agences des Nations Unies, institutions universitaires qui forment la liste de diffusion du Groupe de travail inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise. Des sensibilisations supplémentaires ont été faites par le groupe de travail sur les adolescents au sein du groupe CORE.⁴³ Tous les répondants devaient indiquer s'ils étaient au courant d'un programme de SSRA en situation humanitaire, et les contacts possibles qui pourraient avoir plus d'informations. Si les répondants indiquaient qu'ils étaient en mesure de discuter d'un programme de SSRA, des questions liées au programme étaient posées.

La majorité des participants a répondu à l'enquête sur SurveyMonkey, même si une poignée a partagé ses réponses sur papier. L'enquête a été ouverte de mars à août 2012. Tous les programmes pertinents sont répertoriés dans la matrice de cartographie du programme (voir annexe 5). Le consentement a été demandé pour établir la liste des contacts clés.

Analyse des financements

Le Flash Appeal (ou appel éclair) est un outil utilisé pour structurer une réponse humanitaire coordonnée pour les trois à six premiers mois d'une urgence, dans le but de fournir des fonds aux services vitaux urgents.⁴⁴ Si l'urgence se poursuit au-delà de six mois, le Flash Appeal peut être transformé en un Appel consolidé pour 12 mois.⁴⁵ Le Bureau des Nations Unies pour la Coordination des affaires humanitaires (OCHA) coordonne le processus d'appel et gère le système de suivi financier (FTS), une base de données globale et en temps réel qui enregistre toute l'aide internationale déclarée par les agences onusiennes, les ONG et le Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge pour les crises où des appels ont été lancés.⁴⁶ Toutes les propositions de projet sont accompagnées d'un narratif de 1 à 2 pages ; il est ainsi possible d'examiner les appels pertinents pour évaluer les engagements en terme de SSRA.

Les appels lancés pour de nouvelles urgences entre 2009 et octobre 2012 ont été inclus dans l'analyse. Toutes les propositions du secteur santé ont été analysées pour les programmes liés à la SSRA, en utilisant des mots clés tels que « jeunesse », « jeune » et « adolescen(t/ce) », ou ceux spécifiant une tranche d'âge entre 10 et 19 ans. Les propositions ont été évaluées pour établir la mesure dans laquelle elles ciblaient les adolescents et les activités de SSR qui étaient envisagées. Parmi les propositions identifiées, les programmes pertinents financés au moins partiellement ont été contactés pour s'assurer de leur inclusion dans la cartographie. Les programmes étaient exclus s'ils ne fournissaient pas de services directs à la population affectée.

Compilation de la cartographie des programmes

Les critères d'inclusion dans la cartographie des programmes de SSRA sont suivants :

- mise en œuvre dans les contextes affectés par une crise au sens large, incluant les contextes post-crise.
 - Pour les programmes mis en œuvre dans les contextes post-conflit ou les contextes de crise prolongée, des critères supplémentaires ont été utilisés. Le programme doit avoir contenu une composante de planification familiale – définie comme l'offre d'au moins deux méthodes modernes de contraception –, cette composante doit avoir été initiée pendant ou immédiatement après la crise et le programme doit toujours exister.
- Ciblage de la tranche d'âge 10-19 ans
- Dans le cas d'un programme non dédié à la SSRA, ciblage des adolescents dans le cadre d'un programme plus large de SSR.

Pour mieux appréhender le contexte de la cartographie des programmes, WRC et Save the Children ont conduit 13 entretiens d'informateurs clés avec des personnels humanitaires travaillant en SSR pour une meilleure compréhension de ce qui fait le succès des programmes de SSRA.

Documentation des bonnes pratiques par les études de cas

Parmi les programmes identifiés par l'exercice de cartographie et fournissant au moins deux méthodes modernes de contraception, trois ont été sélectionnés pour illustrer les modèles de prestation de services qui ont démontré leur efficacité pour atteindre les adolescents et augmenter l'utilisation de contraceptifs par leur approche de sensibilisation, de communication ou de prestation de services.

L'utilisation des contraceptifs a été utilisée comme un indicateur de l'efficacité des programmes de SSRA, étant donné l'importance de la prévention de la grossesse dans les vies des adolescents.

En examinant en profondeur les programmes, l'équipe de l'étude a cherché à comprendre les points suivants :

- Quels sont les modèles et pratiques « efficaces » pour fournir les services de planification familiale aux adolescents ?
- Comment les programmes ont-ils atteint les adolescents par leurs services de planification familiale, en particulier les adolescents les plus vulnérables ?
- Les programmes ont-ils conduit des activités spécifiques de proximité pour les adolescents les plus jeunes, et ces efforts ont-ils été couronnés de succès ?
- Quelles stratégies de communication ont été employées ?
- Quel changement mesurable a été observé dans la prise de contraceptifs pendant la durée du programme ?
- Quels systèmes sont en place pour examiner, réexaminer et ajuster les programmes existants ?
- Quelles sont les perspectives des adolescents au sujet de ces services ?

Les activités de collecte de données menées entre juillet et septembre 2012 pour chaque étude de cas ont été :

- Des entretiens d'informateurs clés avec des personnels du programme et personnels médicaux afin de se renseigner sur les processus itératifs.
- Des entrevues avec les adolescents qui utilisent les services de SSRA, particulièrement les services de planification familiale, pour se renseigner sur les aspects positifs du programme.
- L'observation des structures pour examiner le niveau d'adaptation aux adolescents.
- Des discussions de groupe avec les adolescents de la communauté et les agents de terrain pour recueillir leur point de vue.
- Une analyse des indicateurs programmatiques pour observer les tendances concernant

l'utilisation des services et la prise de contraceptifs.

Annexe 2 : Limites

Cette évaluation de l'état des lieux du domaine de la SSRA en situations humanitaires fait face à un certain nombre de limites. Une des plus importantes est la capacité à réellement recueillir des données auprès de chaque programme de SSRA qui a existé depuis 2009. L'équipe de recherche espère que la méthode d'échantillonnage dite « boule de neige » (incluant l'approche des organes régionaux de coordination pour la SSRA) et la longue période de collecte des données ont minimisé la possibilité que des programmes aient été ignorés. Toutefois, l'équipe reconnaît qu'une telle omission est possible. En outre, toutes les informations obtenues dans le cadre de l'exercice de cartographie ont été auto-déclarées, et bien qu'elles aient été vérifiées avec chaque programme, l'exclusion sélective ou le rapport erroné d'informations peut être possible.

Les programmes pour lesquels aucun contact n'a pu être identifié, ou aucune communication établie, ont été exclus de la matrice de cartographie et de l'analyse finales. Une restriction similaire a été utilisée en ce qui concerne les études de cas. Alors que cinq programmes avaient été initialement identifiés pour servir d'études de cas possibles, deux n'ont pas pu être visités en raison de communications limitées avec le programme et d'autres contraintes.

La collecte d'informations pour l'étude de cas a été limitée pour le site Profamilia en Colombie. En raison de problèmes de financement en 2011, ce fut le seul projet qui ne fonctionnait pas au moment de la visite. Néanmoins, compte tenu de la présence de longue date dans la région, les clients, les agents de terrain, les anciens prestataires de soins et d'autres étaient disponibles pour partager leurs réflexions sur le programme.

Annexe 3 : Liste des programmes de SSRA fournissant au moins deux méthodes de planification familiale

Région	No.	Pays	Programme
AMERIQUE	1	Colombie	Services médicaux pour les personnes déplacées et les autres groupes vulnérables dans la région Pacifique de Colombie
	2	Haïti	Programme SSRA de Profamil
ASIE	1	Pakistan	Services de santé communautaires complets et opportunités de moyens de subsistance
	2	Thaïlande	Renforcement des capacités en soins de santé primaire et VBG pour les Birmans et les réfugiés de minorités ethniques à la frontière birmano-thaï
	3	Thaïlande	Zone de Santé Reproductive des Adolescents
	4	Thaïlande	Programme de Santé Reproductive des Adolescents
EUROPE	1	Albanie	Programme de SSRA de l'UNFPA Albanie
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	1	Liban	Programme de SSRA de Save the Children - Liban
	2	Soudan du Sud	SSRA (PEARL)
	3	Tunisie	Pair éducation des jeunes en situations humanitaires – UNFPA
AFRIQUE SUB SAHARIENNE	1	République Centrafricaine	Programme pour les Femmes et les Adolescentes de l'UNFPA
	2	Tchad	Promotion des changements de comportement pour prévenir le VIH/SIDA et amélioration des soins médicaux/psychosociaux dans la région de Dar Sila
	3	République Démocratique du Congo	Projets 2011Sud Kivu de l'UNHCR
	4	République Démocratique du Congo	Assistance humanitaire aux populations affectées dans la région Sud-Oubangi pendant le « conflit Enyele » / RDC
	5	République Démocratique du Congo	Projet STAREC 2011, International Medical Corps (IMC) en RDC
	6	Éthiopie	Répondre à la SSR et à la VBG dans les camps de réfugiés de Dollo Ado en région Somali d'Éthiopie
	7	Kenya	Family Health Options Kenya- Centre pour jeunes de Nairobi
	8	Rwanda	Fourniture de services multisectoriels aux réfugiés congolais dans les camps de réfugiés de Gihembe, Kiziba et Nyabiheke, Rwanda
	9	Sierra Leone	Santé Reproductive pour les Jeunes affectés par la guerre (RH-WAY)
	10	Sierra Leone	Egalité de genre et santé et droits en matière de sexualité et de reproduction dans le cadre de CPAP 2008 - 2010
	11	Ouganda	Réduire les risques et la vulnérabilité aux problèmes de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents

Annexe 4 : Cartographie des programmes de SSRA : résumé des principales conclusions

Région ->	Amérique			Asie				Europe	Moyen Orient et Afrique du Nord				Afrique Sub-saharienne												
Numéro de Série ->	1	2		1	2	3	4	1		1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Composantes du Développement du Programme																									
Évaluation de besoins																									
Implication de la communauté																									
Implication parentale																									
Participation de l'adolescent																									
Outils disponibles ou documents d'aide																									
Formation																									
Communication et Sensibilisation																									
Travailleurs pairs																									
Jeux ou théâtre																									
*IEC/**CCC																									
Programmes de radio																									
Programmes de télévision																									
Envoi de SMS																									
Service d'assistance téléphonique																									
Informatique																									
Centres pour jeunes																									
Implication parentale																									
Sensibilisation des leaders communautaires / leaders religieux																									
Sensibilisation et autre Éducation																									
Santé générale																									
VIH																									
Sexualité																									
Fertilité																									
Normes liées au genre																									
Formation des prestataires de soins																									
Formation parentale																									
Services de SSRA Générale																									
Soutien scolaire																									
Apprentissages pratiques utiles à la vie courante																									
Formation professionnelle / moyens de subsistance																									
Autonomisation des jeunes																									
Programmes pour les jeunes mères																									

Région ->	Amérique			Asie				Europe	Moyen Orient et Afrique du Nord				Afrique Sub-saharienne										
Numéro de Série ->	1	2		1	2	3	4	1	1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Prévention du commerce sexuel																							
Fourniture de services de santé																							
Collecte de données sur l'utilisation des services																							
Centres pour jeunes																							
Jours de services de santé / foires sur la santé																							
Activité mobile de proximité																							
Services de Santé Générale des Adolescents																							
Cliniques adaptées aux adolescents																							
Planification Familiale / prévention des grossesses																							
Soins et traitement des IST																							
Soins anténatals																							
Structures de soins d'accouchement / postnatals																							
Santé mentale et conseil																							
Services de SSR des Adolescents																							
Traitement des fistules																							
Soins post-abortifs																							
Contraception d'urgence post-viol																							
Traitement des blessures post-viol																							
Soins et traitement VIH																							
Services de Planification Familiale																							
Conseil en planification familiale																							
Préservatifs masculins																							
Préservatifs féminins																							
Pilules																							
Contraception d'urgence																							
Injectables																							
Implants																							
DIU																							
MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)																							
Retrait																							
Collier du Cycle/méthode du calendrier																							
Planification familiale post-abortive																							
Services de Référence																							
Traitement des lésions post-viol																							
Planification Familiale / prévention des grossesses																							

Région ->	Amérique			Asie				Europe	Moyen Orient et Afrique du Nord				Afrique Sub-saharienne										
Numéro de Série ->	1	2		1	2	3	4	1	1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Soins et traitement des IST																							
Soins anténatals																							
Traitement des fistules																							
Soins post-abortifs																							
Soins et traitement VIH																							
Structures de soins d'accouchement / postnatals																							
Santé mentale et conseil																							
Contraception d'urgence post-viol																							
Défis dans la Mise en Œuvre																							
Utilisation des services par les jeunes																							
Connaissance de ces services																							
Perception des adolescents de ces services																							
Disponibilités des fournitures ou des méthodes																							
Attitudes ou compétences des prestataires																							
Niveau d'insécurité dans le contexte																							
Attitudes de la communauté																							
Politiques																							
Financements																							

Notes

¹ IAWG sur la SR en situations de crise, « Chapitre 4 : santé reproductive des adolescents, « *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* » (New York 2010.).

² Save the Children et UNFPA, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire* (New York. UNFPA, 2009).

³ Les Flash Appeals et Appels globaux sont des outils utilisés pour structurer une réponse humanitaire coordonnée en cas d'urgence.

⁴ IAWG sur la SR en situations de crise, « Chapitre 4 : santé reproductive des adolescents, « *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* » (IAFM) (New York. 2010).

⁵ Save the Children et UNFPA, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire* (New York. UNFPA, 2009).

⁶ Les modèles efficaces incluront l'examen des : méthodes de proximité sur le terrain, les stratégies de communication et le changement de comportement – tel qu'évalué à travers l'utilisation de la planification familiale (utilisation de méthode ou services).

⁷ Plus d'informations disponibles de M. Sawyer et al. "Adolescence: a foundation for future health." *The Lancet*. 28 April 2012 (Volume 379 Issue 9826 Pages 1630-1640 DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5). Également, Save the Children et UNFPA, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaires*.

⁸ Ibid.

⁹ Guttmacher, *Fact sheet: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf>.

¹⁰ OMS. Grossesse chez les adolescentes. Aide-mémoire N° 364, 2012 - dernier téléchargement 31 octobre 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>.

¹¹ Nations Unies, *Rapport 2011 sur les Objectifs du millénaire pour le développement* (New York. 2011).

¹² WHO, *Adolescent pregnancy: unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes* (Geneva. 2007). http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595650_eng.pdf.

¹³ OMS. Grossesse chez les adolescentes. Aide-mémoire N° 364, 2012.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ UNFPA, *État de la population mondiale 2012 - Oui au choix, non au hasard : Planification familiale, droits de la personne et développement* (New York: UNFPA, 2012).

¹⁶ OMS, Grossesse chez les adolescentes. Aide-mémoire N° 364, 2012.

¹⁷ WHO, *Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries: what the evidence says*. WHO/FWC/MCA/12.0 (Geneva: 2011). http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02.pdf.

¹⁸ Monica Akinyi Magadi, et al. "A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys (DHS)," *Social Science & Medicine* 64 (2006): 1311-1325.

¹⁹ UNFPA, *État de la population mondiale 2012*, 2012.

²⁰ UNFPA, *Marrying too Young, End Child Marriage* (New York. UNFPA, 2012).

²¹ UNFPA, *État de la population mondiale 2012*, 2012: p. 12.

²² McQuetion, Silverman et Glassman, 2012, tel que cité dans UNFPA *État de la population mondiale 2012*, 2012.

²³ IAWG sur la SR en situations de crise, « Chapitre 4 : santé reproductive des adolescents », *IAFM*, 2010.

²⁴ Julia Matthews et Sheri Ritsema, "Addressing the reproductive health needs of conflict-affected young people," *Forced Migration Review* 19, 2004.

²⁵ Save the Children et UNFPA, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaires*, 2009.

²⁶ Yayoi Takei, et al., "The Cases of Adolescent Pregnancy and its Impact in the Congolese Refugee Camps in Kigoma Region, Tanzania," *Conference 2003: Reproductive Health from Disaster to Development*, Ed. Women's Refugee Commission (New York. Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2003).

-
- ²⁷ Profamilia, *Encuestas: Fecundidad y Salud General* (Bogota, 2000), p 48.
http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/desplazados_2000/Resultados_generales_2000/capitulo_V_desplazados2000.pdf.
- ²⁸ Nirmal Rimal, et al., "A Study of the Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Related to HR/STI/HIV in Youths Residing in Bhutanese Refugee Camps of Eastern Nepal," *Conference 2003: Reproductive Health from Disaster to Development*, Ed. Women's Refugee Commission (New York. Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2003).
- ²⁹ Mihoko Tanabe et Sandra Krause, *Reproductive Health Coordination Gap, Services Ad hoc: Minimum Initial Service Package (MISP) Assessment in Kenya*, (New York, WRC, 2008).
- ³⁰ CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children and WRC, *Four Months On: A Snapshot of Priority Reproductive Health Activities in Haiti* (New York. WRC, 2010).
- ³¹ Robert Magnani, et al., "Major Research Findings Emerging from FOCUS on Young Adults Program," end of project presentation, sans date.
<http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/embg3g3e23ejn2d3t4khmgfxptltaa4bbpo6ewtwif5f5rajduoivpde3fjfhdmvoxmkqfxdzapkg/MajorFindings.pdf>.
- ³² Ilene S. Speizer, Robert J. Magnani and Charlotte E. Colvin, "The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence," *Journal of Adolescent Health* Vol. 33, Issue 5 (2003): 324-348, DOI: 10.1016/S1054-139X(02)00535-9.
- ³³ Linda Bearinger, et al., "Global Perspectives on Sexual and Reproductive Health of Adolescents: Patterns, Prevention and Potential," *The Lancet* 369 (9568), 2007.
- ³⁴ Cité dans Population Council, UNFPA, UNICEF and UNAIDS, *Investing When It Counts: Generating the evidence base for policies and programmes for very young adolescents, Guide and Toolkit* (New York. UNFPA and Population Council, 2006).
- ³⁵ WHO, *From Evidence to Policy: Expanding Access to Contraceptive Services for Adolescents*, (Department of Reproductive Health and Research Policy Brief, 2012).
- ³⁶ Laura Laski et Sylvia Wong, "Addressing diversity in adolescent sexual and reproductive health services." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 110 Supplement (2010): S10-S12, DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.04.011.
- ³⁷ Save the Children et UNFPA, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire*, 2009.
- ³⁸ RAISE Initiative, *RH in Emergencies Conference 2008 Proceedings: Book of Abstracts* (New York. Columbia University, 2008).
- ³⁹ Les Flash appeals peuvent être transformés en CAP et les Procédures d'appel globales sont renouvelées tous les ans selon l'ampleur de la crise. Il est donc possible qu'il y ait des doublons.
- ⁴⁰ Peter Kintu, et al., *HIV prevention among youth in Internally Displaced People's (IDP) camps: Experiences from Uganda*. (Kampala. Uganda Program for Human and Holistic Development (UPHOLD) et Straight Talk Foundation, 2007).
- ⁴¹ IAWG sur la SR en situation de crise, « Chapitre 4 : santé reproductive des adolescents ». *IAFM*.
- ⁴² Laura Laski et Sylvia Wong, "Addressing diversity in adolescent sexual and reproductive health services." *IJGO*, S10-S12.
- ⁴³ Le groupe CORE, établi en 1997, comprend plus de 50 organisations membres et partenaires travaillant ensemble pour améliorer et étendre les pratiques de santé publique centrées sur la communauté pour les populations défavorisées dans le monde avec une attention particulière sur les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de cinq ans.
- ⁴⁴ WHO, *Humanitarian Health Action, Summary of Definitions for IASC and Strategy documents for CAP*, dernier téléchargement 30 novembre 2012.
http://www.who.int/hac/techguidance/tools/iasc_cap/en/index.html.
- ⁴⁵ UN OCHA, *What is a Flash Appeal?*, dernier téléchargement 30 novembre 2012.
<http://ocha.unog.ch/ets/Default.aspx?ContentType=FixedContent&ContentID=3>.
- ⁴⁶ Financial Tracking Service, dernier téléchargement 30 novembre 2012. <http://fts.unocha.org/>.



122 East 42nd Street
New York, NY 10168-1289
212.551.3115
info@wrcommission.org
womensrefugeecommission.org



HCR Genève
Section santé publique et VIH
Division d'appui et de gestion des programmes
94 Rue de Montbrillant
1211 Genève, Suisse
www.unhcr.fr/vihsida/
www.unhcr.fr/sante/



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



Fonds des Nations Unies
pour la population
605 Third Avenue
New York, NY 10158 USA
États-Unis d'Amérique
www.unfpa.org/emergencies