



CHAPITRE 6 : SERVICES ET INTERVENTIONS DE LA SSRA

Le prochain point à aborder selon la feuille de route de la boîte à outils concerne les services et les interventions possibles de santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s (SSRA). Ce chapitre fournit des conseils pour mettre en œuvre les activités prioritaires de l'SSRA décrites dans [le chapitre 4](#) mais également les services et interventions supplémentaires de SSRA et ce à travers une approche globale qui permet d'adresser les différents niveaux d'influences selon [le modèle socio-écologique](#). Ce chapitre s'aligne sur le [Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire](#) (IAFM), ayant pour but d'aider les directeurs et les professionnels humanitaires de la santé sexuelle et reproductive (SSR) à former et renforcer les capacités du personnel sur ce thème, à pourvoir les services basés en établissements, à encourager les services axés sur les collectivités, à utiliser les plateformes de sensibilisation, et à assurer les liaisons multi-secteurs et le parcours de prise en charge.

Chapitre 6 : Objectifs d'apprentissage

Après avoir lu ce chapitre, les lecteurs devraient être en mesure de :

- Expliquer en quoi les caractéristiques de l'établissement de santé peuvent avoir un effet sur la décision de l'adolescent à solliciter et accepter les services de SSR;
- Souligner l'importance de la formation du personnel de santé et du personnel général concernant les services SSRA et sur les manières de travailler avec les adolescent.e.s;
- Identifier les approches, les outils et les plateformes des prestataires de services, des agents de santé communautaire (ASC), et tout autre personnel apte à fournir les services SSR à des adolescent.e.s au sein de l'établissement de santé et au sein de la communauté;
- Fournir des exemples de comment intégrer les services SSR pour les adolescent.e.s dans d'autres secteurs / groupes (hors du secteur de la santé);
- Décrire comment mettre en place des références dans les secteurs humanitaires pour des clients adolescent.e.s.

Chapitre 4 : Les activités prioritaires de l'SSRA dans des situations d'urgence incluent un aperçu général concernant les activités nécessaires que les intervenants humanitaires doivent fournir dans le déclenchement d'une situation d'urgence. Le chapitre 6 montre comment mettre ces activités en pratique en montrant aux intervenants comment former le personnel aux services de SSRA et à au programme d'accouchement, comment implémenter ces activités dans l'établissement concerné ainsi qu'au niveau de la communauté, et comment travailler avec d'autres secteurs afin d'adresser toute l'étendue des besoins SSR des adolescent.e.s. Comme nous l'avons abordé dans les chapitres précédents, la préparation SSR est une base importante dans le continuum humanitaire. Être prêt à sauver des vies : La boîte à outils SSR de préparation dans les cas d'urgences aide les intervenants humanitaires à connaître les actions à entreprendre afin d'assurer au minimum, des services essentiels SSR opportuns et de qualité, dans le déclenchement d'une urgence.

Qu'est-ce qui assure le succès d'une intervention SSRA ?

En s'alignant sur les standards de l'IAFM et les standards Internationaux pour la qualité des services de santé pour les adolescent.e.s (Annexe A) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le personnel humanitaire de santé doit mettre en œuvre un ensemble approprié de services SSRA, et ce dans des établissements bien approvisionnés et accueillants ainsi que dans d'autres points d'entrée avec du personnel compétent et en collaboration avec les parties prenantes communautaires et les adolescent.e.s eux-mêmes. Ces caractéristiques suivent des preuves actuelles indiquant que les programmes SSRA qui réussissent sont ceux qui se concentrent sur et / ou utilise les éléments suivants :

1. Services adaptés aux adolescent.e.s
2. Formation et renforcement des compétences du personnel
3. Services basés en établissements
4. Services communautaires et plateformes de sensibilisation
5. Liaisons multi-secteurs et dispositifs de référence

Ce chapitre est organisé en fonction de ces cinq éléments de l'OMS et de l'IAFM qui assurent un programme SSRA réussi.

Où sont les preuves ?

Un rapport d'indication 2015 établit un lien entre une augmentation d'utilisation du service SSRA et la mise en œuvre de trois approches complémentaires :

- Former et entraîner le personnel de santé à fournir des services d'une manière non-critique et réceptive aux adolescent.e.s;
- Fournir une communication constante et des activités de sensibilisation auprès des adolescent.e.s afin de leur faire connaître des services SSR et d'encourager les établissements de santé à être plus adaptés aux adolescent.e.s;
- Se mettre en contact avec les membres de la communauté afin de les aider à comprendre l'importance des services de santé apportés aux adolescent.e.s.

En outre, une évaluation des Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) concernant le soutien apporté aux adolescent.e.s et à la jeunesse entre 2008 et 2015 indique que les programmes SSRA qui sont intégrés, multi-sectoriels et qui font participer activement les communautés sont ceux qui réussissent le mieux à augmenter l'accès à leur service et à offrir des services complets aux jeunes.

Parlons en premier lieu de ce que sont des services de santé adaptés aux adolescent.e.s

Afin qu'un établissement de santé soit à même d'offrir des services SSR adaptés aux adolescent.e.s, ces services doivent opérer en fonction de cinq principes comme montré dans la Figure J. Dans cette image, vous pouvez constater que le patient adolescent se situe au centre des services adaptés aux adolescent.e.s. Toutes les caractéristiques de l'établissement, les compétences du personnel et la qualité du service donné ont un effet sur la décision de l'adolescent de venir et / ou de revenir afin d'obtenir des informations et des services SSR. Les cinq principes adaptés aux adolescent.e.s sont plus amplement décrits dans le [Tableau 5](#), ainsi que la façon d'appliquer ces principes dans la pratique afin de proposer de services SSR pour les adolescent.e.s dans des situations de crise humanitaire.

Figure J : Principes adaptés aux adolescent.e.s

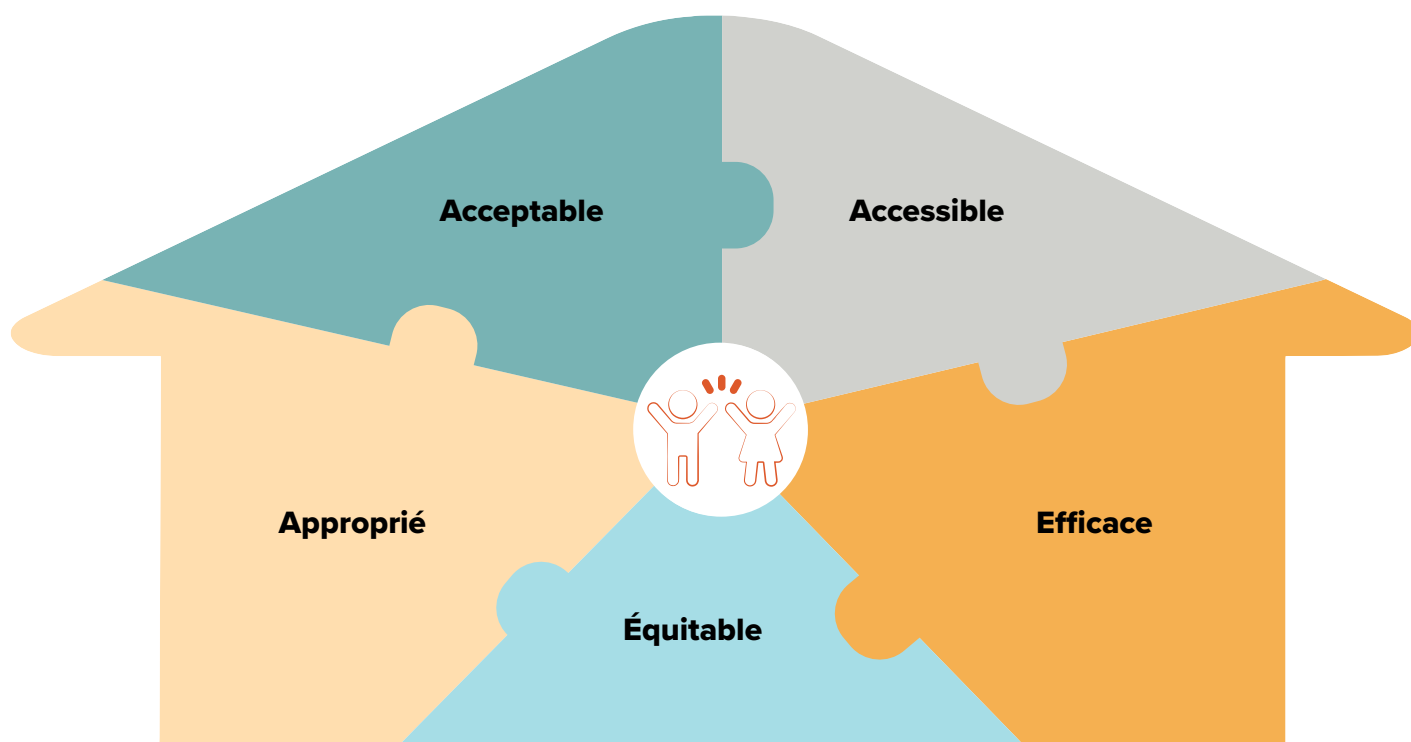


Tableau 5 : Principes adaptés aux adolescent.e.s

PRINCIPIO	
ACCESIBLE	
DESCRIPCIÓN	APLICACIÓN
Il y a des règles et des procédures en place qui garantissent des services de santé gratuits ou abordables pour les adolescent.e.s.	Les adolescent.e.s dans des situations de crise humanitaire auront souvent des moyens financiers limités pour prendre soin d'eux-mêmes et / ou porte la responsabilité de s'occuper de leur famille. Les coûts des services ne devraient pas constituer une barrière à l'accès de ces services.
L'établissement a des horaires d'ouverture pratiques.	L'établissement se doit d'être ouvert tôt le matin ou tard le soir, et si possible durant 24 heures, afin de pouvoir recevoir les adolescent.e.s qui ont plus de responsabilités (garde d'enfant, emplois afin de subvenir aux besoins de leur famille, école ou formation professionnelle, etc.).
Les adolescent.e.s et adolescentes sont bien renseignés sur l'étendue des services SSR mis à disposition ainsi que sur la manière de les obtenir.	Comprendre que les services sont disponibles peut encourager les adolescent.e.s et adolescentes à venir les utiliser. Les ASC, les agents mobilisateurs dans la communauté ou d'autres moyens existant afin de faire la liaison entre les services de santé et la communauté doivent être mis en œuvre afin d'augmenter la connaissance à propos des différents types de services disponibles pour les adolescent.e.s. Les ASC et autres personnels doivent être formés sur les services disponibles pour les adolescent.e.s dans l'établissement et doivent être capables de dissiper tous les préjugés et mythes circulant sur les services SSR pour les adolescent.e.s.
Les membres de la communauté comprennent les bénéfices pour les adolescent.e.s apportés par des services de santé appropriés et soutiennent leur mise à disposition.	Les membres de la communauté peuvent agir en tant que tuteur concernant l'accès des adolescent.e.s aux services de SSR. Si les membres de la communauté ne comprennent pas, ni ne font confiance aux services fournis, ils sont à même de devenir des obstacles de grande échelle aux adolescent.e.s cherchant à recevoir ou recevant déjà des services. Dans certaines situations, il se peut que cela soit la première fois que les communautés sont introduites à l'idée de mettre à disposition des services SSR aux adolescent.e.s. Engager et impliquer les membres de la communauté est un processus important afin d'établir une relation de confiance ainsi qu'une compréhension des services fournis. Ceci est abordé en détail dans le chapitre 3 dans la catégorie Participation communautaire .
Certains services de santé et intrants liés à la santé sont fournis aux adolescent.e.s dans la communauté par des membres de la communauté sélectionnés, des travailleurs de proximité et / ou les adolescent.e.s eux-mêmes.	À cause des normes sociales ou culturelles, les adolescent.e.s et adolescentes peuvent hésiter à se rendre dans un établissement de santé pour y recevoir des services SSR. Offrir des services et des intrants tels que des préservatifs et des produits de gestion d'hygiène menstruelle (GHM), à d'autres points d'entrée dans la communauté et auprès de personnes auxquels peuvent s'identifier les adolescent.e.s et adolescentes, augmentera les points d'accès SSR ainsi que l'accès aux services et aux informations SSR des adolescent.e.s. Voir la boîte à outils des urgences GHM du Comité international de secours (IRC) afin d'obtenir plus d'informations sur les manières de mettre en œuvre la GHM dans les contextes humanitaires.

PRINCIPE

ACCEPTABLE

DESCRIPTION

Règles et procédures sont en place afin de garantir la confidentialité du patient.

CANDIDATURE

La confidentialité est définie par l'OMS comme « le devoir de ceux qui reçoivent des informations privées de ne pas les divulguer sans l'accord du patient. » Cela signifie que toute information partagée par l'adolescent avec le prestataire de service n'est en aucun cas partagée avec aucune autre personne et toute information collectée à propos de l'adolescent est conservée dans un endroit sûr et sécurisé. Les prestataires s'abstiendront de discuter ce que les patients ont partagé avec eux, ce, incluant la nature des services recherchés par les patients adolescent.e.s ou s'ils ont reçu ou non des services. Dans les situations de crise humanitaire, les adolescent.e.s sont souvent déplacés de leur foyer et le prestataire peut se retrouver à être la seule personne en qui ils ont confiance afin de se confier; il est ainsi primordial d'entretenir et de conserver ce lien de confiance.

Le point de services d'accouchement assure la protection de l'intimité.

L'OMS définit la protection de l'intimité comme « le droit et le pouvoir de contrôler les informations (à propos de soi-même) qui sont possédées par autrui. » Cela signifie que les adolescent.e.s ont le droit de discuter des informations en étant garanti que personne ne les voit (intimité physique) ni ne les entend (intimité auditive). Dans un établissement de santé, il est important de s'assurer que les pièces de consultation sont équipées de vitres ou de murs afin de séparer les patients en consultation de ceux qui sont dans la salle d'attente pour éviter qu'ils se voient. En outre, l'établissement devrait être organisé de manière à ce que les personnes dans la salle d'attente ne puissent pas entendre ce que disent les patients adolescent.e.s lors des consultations.

Les prestataires de soins de santé ne portent pas de jugement, sont prévenants et faciles à aborder.

Étant donné que les préjugés et les attitudes des prestataires peuvent influencer considérablement les décisions des adolescent.e.s de demander ou de recevoir des services, il est important d'embaucher, de former, d'encadrer et de superviser un personnel accueillant, respectueux et qui ne porte pas de jugement à l'égard des adolescent.e.s. Les prestataires doivent être formés sur la manière de créer une atmosphère de confiance pour les adolescent.e.s cherchant des services de SSR, ce qui inclut le respect de leur autonomie, la préservation de la confidentialité et de l'intimité mais aussi d'autres compétences abordées au chapitre 6 dans [Formation et renforcement des compétences du personnel](#).

Les points de services pour l'accouchement garantissent que les consultations se déroulent dans un délai d'attente court, avec ou sans rendez-vous, et (si nécessaire) une référence rapide.

Les adolescent.e.s ont déclaré que la stigmatisation dans la salle d'attente les empêchait d'avoir recours aux services SSR. Dans certaines situations d'urgence, les adolescent.e.s peuvent devoir parcourir de plus longues distances et / ou faire face à des risques de sécurité supplémentaires pour obtenir des services SSR. Ils peuvent avoir limité leur liberté de mouvement pour se rendre là où ils veulent aller. C'est pourquoi il est important qu'une fois que les adolescent.e.s arrivent pour obtenir des informations ou des services de SSR (malgré les obstacles qu'ils ont pu rencontrer pour y parvenir), les humanitaires doivent s'assurer qu'ils reçoivent une attention rapide pour encourager les adolescent.e.s à rechercher ces services sans être dissuadés par de longues files d'attente.

Les points de services d'accouchement ont un environnement propre et attrayant.

Il est important pour tous les patients de maintenir une installation propre et adéquate. Pour les adolescent.e.s, le personnel de santé doit réfléchir aux moyens de rendre l'établissement plus accueillant et plus attrayant. Il faut notamment veiller à ce que tout le personnel (y compris la réceptionniste) sache où les adolescent.e.s peuvent aller solliciter les services. L'établissement peut avoir une entrée discrète pour les adolescent.e.s ou une carte / bracelet spéciale pour les adolescent.e.s afin de montrer aux prestataires les services qu'ils demandent pour accélérer la visite d'un prestataire et éviter d'avoir à dire aux autres pourquoi ils sont là.

Les points de service d'accouchement fournissent des informations et de l'éducation par le biais de différents canaux.

Les adolescent.e.s ont des besoins d'apprentissage différents, certains ne sont pas alphabétisés et d'autres traitent mieux l'information par l'image. Les adolescent.e.s peuvent être gênés de poser des questions; en leur fournissant des informations sur la SSR par divers canaux, on leur permet d'obtenir des informations sur des sujets que leurs parents ou les membres de la communauté pourraient ne pas vouloir aborder.

Les adolescent.e.s participent activement à la conception, au diagnostic et à la fourniture des services de santé.

L'implication des adolescent.e.s dans les activités d'évaluation et la prestation de services permet de s'assurer que les programmes sont plus sensibles et plus réceptifs à leurs besoins. Ce sujet est abordé plus en détail au chapitre 3 dans [Participation des adolescent.e.s](#).

PRINCIPE

APPROPRIÉ

DESCRIPTION

L'ensemble des soins de santé requis est fourni pour répondre aux besoins de tous les adolescent.e.s, soit au point de services d'accouchement soit par le biais de liens de référence.

CANDIDATURE

Tous les adolescent.e.s, indépendamment de leurs capacités mentales ou physiques et de leur statut d'hétérogénéité dans l'écosystème des adolescent.e.s - y compris les filles non mariées, les très jeunes adolescent.e.s, les personnes déplacées dans leur propre pays (IDP), les adolescent.e.s et adolescentes ayant une orientation sexuelle et une expression et une identité de genre diverses (OSIG), ou d'autres caractéristiques - doivent pouvoir recevoir des services de santé qui répondent à leurs besoins en matière de SSR à partir de l'établissement de santé ou d'autres points de prestation, tels qu'une unité de santé mobile. Toutes les cliniques ou installations dans un contexte humanitaire ne seront pas en mesure de fournir l'ensemble des services dès le début de l'urgence, c'est pourquoi un système solide de références est nécessaire pour garantir que les adolescent.e.s et adolescentes reçoivent les services qu'ils et elles recherchent. Cette question est examinée en détail au chapitre 6 dans [Outils pour l'établissement de dispositifs d'orientation](#).

PRINCIPE

ÉQUITABLE

DESCRIPTION

Des politiques et des procédures sont en place et ne restreignent pas la prestation des services de santé.

CANDIDATURE

Conformément aux principes humanitaires, les organisations doivent établir des procédures et des politiques écrites qui garantissent qu'aucun facteur (sexe, âge, statut social, etc.) n'entrave la fourniture de services à tous les groupes d'adolescent.e.s ou à certains d'entre eux ou ne gêne la capacité de tous les adolescent.e.s ou de certains d'entre eux à obtenir ces services. Ces politiques doivent inclure les facteurs à prendre en compte des adolescent.e.s qui précisent les services auxquels ils ont droit et la manière dont ils doivent être traités au sein de l'établissement.

Principe de capacité

Les adolescent.e.s qui demandent des services de SSR peuvent être capables de recevoir des conseils et des services de SSR sans surveillance parentale. Lorsqu'il est appliqué aux services de SSR pour les adolescent.e.s, le principe de capacité signifie qu'un jeune adolescent - qui identifie qu'il veut des services de SSR et demande volontairement des soins de SSR, tels que les soins maternels, la contraception, les soins pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) / les infections sexuellement transmissibles (IST), ou pour interrompre une grossesse - est capable de consentir aux services. Ce principe supprime l'attente ou l'hypothèse selon laquelle les prestataires de services doivent déterminer si les adolescent.e.s peuvent recevoir les services qu'ils demandent et place de manière appropriée le pouvoir de décision entre les mains des patients adolescent.e.s.

Les prestataires de soins de santé et le personnel de soutien traitent tous les adolescent.e.s avec le même soin et le même respect, quel que soit leur statut (âge, sexe, statut matrimonial ou social, origine culturelle, origine ethnique, handicap ou toute autre raison).

Les normes culturelles ou sociales peuvent affecter la manière dont les prestataires ou le personnel de soutien interagissent avec les adolescent.e.s et / ou leur fournissent des services de SSR. Dans une situation humanitaire, les prestataires peuvent être amenés à fournir des services à une population d'un autre pays, d'un autre système de croyances ou d'une autre culture que la leur. Il est important d'évaluer les attitudes et les croyances de tout le personnel qui interagit avec les adolescent.e.s et d'éduquer le personnel sur les droits SSR des adolescent.e.s et sur les politiques de leur établissement en matière de soins équitables pour tous les adolescent.e.s. Cela est examiné plus en détail au chapitre 6 dans [Formation et renforcement des compétences du personnel](#).

PRINCIPE

EFFECTIF

DESCRIPTION

CANDIDATURE

Les prestataires de soins de santé ont les compétences requises pour travailler avec les adolescent.e.s et leur fournir les services de santé nécessaires.

Les adolescent.e.s et adolescentes ne constituent pas un groupe homogène. Ils ont des besoins uniques en matière de SSR, et les prestataires devraient être formés aux compétences cliniques et de conseil, ainsi qu'aux compétences interpersonnelles requises pour fournir des services SSR de qualité aux adolescent.e.s. Il existe des facteurs spécifiques à prendre en compte sur lesquelles les prestataires devront être formés, comme l'utilisation d'une terminologie et d'un langage plus simples avec les adolescent.e.s. Cela est examiné plus en détail au chapitre 6 dans [Formation et renforcement des compétences du personnel](#).

Les prestataires de soins de santé utilisent des protocoles et des conseils fondés sur des preuves pour fournir des services de santé.

Les prestataires doivent suivre les protocoles de normes de qualité du pays dans lequel ils se trouvent et de l'organisation à laquelle ils appartiennent. Dans les contextes où les normes du pays ne sont pas alignées sur les normes mondiales, les humanitaires devraient travailler à la mise à jour et à l'amélioration de ces directives.

Les prestataires de soins de santé sont en mesure de consacrer suffisamment de temps pour s'occuper efficacement de leurs patients adolescent.e.s.

Les patients adolescent.e.s peuvent hésiter à discuter des raisons de leur présence dans l'établissement ou trouver difficile de décrire leurs besoins en matière de SSR. Ils peuvent aussi ne pas savoir pourquoi, quoi ou comment leur corps change. Peut-être que leur éducation sexuelle a été perturbée ou qu'ils n'ont jamais reçu d'éducation du tout. Le prestataire doit établir la confiance, mettre l'adolescent à l'aise et répondre à ses questions avant de lui fournir les services SSR qu'il demande. Toutes ces tâches exigent un temps suffisant pour répondre efficacement aux besoins des adolescent.e.s.

Le point de services d'accouchement dispose de l'équipement, des fournitures et des services de base nécessaires pour fournir les services de santé requis.

Sans le matériel et les fournitures nécessaires, les prestataires de soins de santé ne peuvent pas fournir des services SSR de qualité. Les adolescent.e.s peuvent hésiter à se rendre à la clinique, ont peut-être fait face à d'énormes obstacles pour atteindre l'établissement ou avoir surmonté la stigmatisation et la discrimination pour rencontrer un prestataire. Le manque de fournitures ou de matériel ne doit pas être un obstacle à l'obtention par les adolescent.e.s des services dont ils ont besoin.



Formation et renforcement des capacités du personnel

Pourquoi est-il important de former le personnel à la SSRA ?

Les adolescent.e.s peuvent hésiter à faire appel aux services de SSR en raison de la stigmatisation ou des facteurs culturels qui entourent la SSR ou d'un manque de compréhension ou de connaissance de leurs corps ou de leurs besoins; ces facteurs sont plus fréquents chez les adolescent.e.s en situation de crise, car beaucoup sont déplacés de leurs communautés, de leurs normes et de leurs pratiques. Ainsi, les prestataires, les ASC et le personnel du projet doivent travailler ensemble pour créer un environnement convivial permettant aux adolescent.e.s de recevoir des soins de haute qualité, privés et confidentiels.

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA MISE EN ŒUVRE

Programmes nationaux de formation

Dans certains pays, le Ministère de la santé peut avoir son propre programme de formation sur la SSRA. Les directeurs de programme peuvent utiliser le programme du MS, mais doivent examiner les directives et les outils pour s'assurer qu'ils sont à jour et conformes aux pratiques exemplaires internationales — tant sur le plan technique qu'en termes d'intégration, de genre et de droits humains. Si le pays ne dispose pas de directives spécifiques pour la SSRA ou la SSR au sens large, les travailleurs humanitaires doivent plaider pour l'intégration des normes mondiales, notamment [les normes mondiales pour la qualité des services de santé adaptés aux adolescent.e.s de l'OMS](#). Le programme doit également intégrer des méthodes participatives d'apprentissage pour adultes. Dans les ressources de formation listées, plusieurs activités sont incluses pour garantir que les formateurs utilisent une variété de méthodes d'apprentissage pour adultes basées sur les compétences afin de répondre aux besoins de tous les groupes d'apprenants adultes. Les méthodes d'apprentissage pour adultes peuvent inclure un environnement d'apprentissage positif, le coaching, le modelage et la pratique sur des modèles anatomiques (en particulier pour les formations cliniques), les jeux de rôle, etc. Consulter la ressource de l'Ipas intitulée [formation efficace en santé reproductive : conception et présentation du cours](#), en particulier le manuel de référence et le manuel du formateur, pour des conseils supplémentaires.

Qui doit se former ?

Au cœur de la prestation de services de SSRA se trouve la relation entre le patient adolescent et le personnel qui interagit avec lui. L'orientation de l'ensemble du personnel de santé, de la réceptionniste de l'établissement à l'ASC aux médecins, aux infirmières et sages-femmes, sur la manière d'accueillir, de répondre aux questions et de fournir des services aux adolescent.e.s permet de surmonter les principaux obstacles à l'utilisation des services de SSRA. Tous les prestataires de la santé et le personnel de soutien des établissements de santé qui mettent en œuvre le dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise (DMU) doivent comprendre qui sont les adolescent.e.s, y compris leurs besoins spécifiques, quels services sont disponibles pour eux, et comment recevoir et aider les adolescent.e.s qui cherchent des services de SSR.

Plusieurs études et résultats de groupes de discussion avec des adolescent.e.s et la jeunesse ont montré que le jugement et le comportement peu amical du personnel de l'établissement, comme la réceptionniste, ont dissuadé les adolescent.e.s même d'entrer à l'établissement de santé à cause de sentiments de honte ou de peur. Ainsi, **il est essentiel de mettre en place des ateliers d'orientation sur la SSRA et des politiques de protection de l'enfance au niveau des établissements et de la communauté, pour toute personne en contact avec des adolescent.e.s et la jeunesse** y compris les services pouvant orienter les adolescent.e.s vers l'établissement de santé, tels que les espaces sécurisés.

De quelle manière les agents humanitaires doivent-ils être formés ?

La formation sur la SSRA peut être une formation séparée, ciblée et adaptée aux connaissances, à l'expérience et aux niveaux de capacité des participants. Cependant, des éléments de la formation en matière de SSRA doivent également être intégrés dans d'autres formations destinées au personnel de santé, comme par exemple l'ajout des

facteurs à prendre en compte des adolescent.e.s lors d'une formation clinique. Par exemple, lors d'une formation clinique sur la contraception, un formateur pourrait insérer des sessions sur la manière de conseiller un patient adolescent, sur les effets secondaires des contraceptifs, sur l'atténuation des tabous, etc. (voir [Outils et ressources de conseil](#) pour plus d'informations). Dans la mesure du possible, les formateurs doivent faire appel à des experts locaux issus du contexte et / ou renforcer les capacités des experts locaux afin de garantir un changement durable et viable. Quelque soit la présentation de la formation, les formateurs doivent s'assurer que le mentorat continu, la supervision positive et les formations de recyclage et l'approvisionnement en fournitures et équipements essentiels sont priorités. Les participants doivent disposer des ressources adéquates, notamment en termes de ressources humaines et de fournitures, pour exploiter et appliquer les apprentissages acquis lors des formations dans le cadre de leurs fonctions. Intervenir en ayant des ressources financières et humaines insuffisantes ou limitées s'est avéré inefficace pour fournir des services de SSR aux adolescent.e.s.

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA MISE EN ŒUVRE

Quand former

La formation est une approche axée sur les droits humains et un élément important dans toutes les phases du cycle humanitaire. La formation du personnel permet de garantir que les stratégies sont appliquées pour accroître l'accès des adolescent.e.s aux services qui améliorent leur SSR. Alors, qui forme le personnel et quand ? Pour créer un écosystème durable en matière de SSRA, les interventions de SSR doivent fournir une formation au bon moment. **Le défi fondamental dans les contextes humanitaires est de fournir la bonne formation au bon moment.**

Phase de préparation : *Pendant la phase de préparation*, former le personnel par des formations standard de quatre ou cinq jours et / ou de la formation des formateurs (FDF), afin d'augmenter leur capacité à répliquer des formations en matière de SSRA et à fournir des programmes et des services de SSRA.

Phase d'intervention aiguë : *Au début d'une urgence ou au milieu d'une urgence aiguë*, il devient difficile de fournir des formations complètes ou des ateliers de FDF. Les organisations, en coordination avec le système de groupes, peuvent au minimum fournir certains services de SSR prioritaires et vitaux comme indiqué dans le [DMU](#). La formation, sensibilisation et partenariat (FSP) du groupe de travail interinstitutions sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAWG), fournit des programmes de formation de remise à niveau qui sont consolidés et concis pour répondre aux besoins des prestataires et à leurs contraintes de temps. En plus des formations FSP, les professionnels humanitaires peuvent fournir des mises à jour cliniques, des orientations ou des ateliers de remise à niveau. Ces ateliers durent 1 à 2 jours et visent à accroître les compétences et les connaissances sur un sujet particulier (tel que la SSRA), mais ils ne préparent pas les participants à mettre leurs compétences en pratique lors d'un exercice clinique. Une autre stratégie de formation importante est la formation et l'encadrement internes par des prestataires de santé qualifiés qui sont soit situés dans un établissement, soit détachés pour assurer une formation interne pendant une certaine période afin de garantir que les participants ont la confiance et la compétence nécessaires pour fournir des soins.

Crise prolongée et phase exhaustive : *Pendant une crise prolongée et / ou lors de la planification de services de SSR exhaustifs*, les organisations peuvent envisager de fournir des formations cliniques standard, FDF, des mises à jour cliniques, des ateliers d'orientation, des formations internes et des ateliers de remise à niveau pour renforcer le système de santé selon les besoins.

Outils de clarification des valeurs

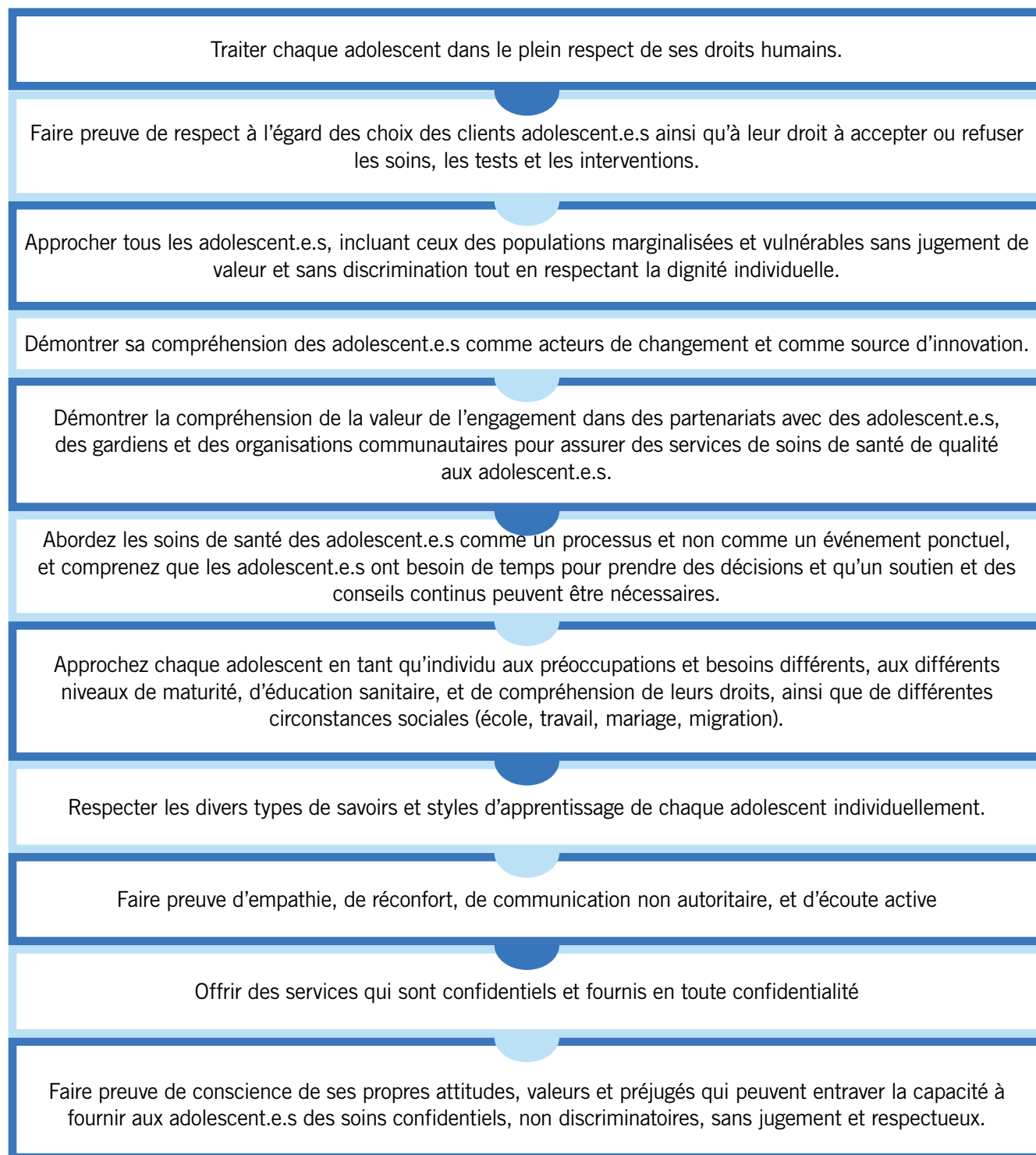
Pourquoi les valeurs et les attitudes à l'égard de la SSR sont-elles importantes pour la fourniture des services aux adolescent.e.s ?

Dans de nombreux pays, un obstacle majeur à la recherche de soins par les adolescent.e.s est la stigmatisation et les attitudes négatives envers la SSRA de la part des cliniciens, du personnel de soutien et des parties prenantes de la communauté. Les activités et ateliers de clarification des valeurs et de transformation des attitudes (CVTA) aident les participants à découvrir, remettre en question, clarifier et affirmer leurs valeurs et croyances concernant les adolescent.e.s et les enjeux de la SSR. Ils sont conçus pour inciter les participants à réfléchir sur leurs propres attitudes et croyances ainsi que sur les forces et expériences extérieures qui les ont façonnées, tout en les encourageant à remettre en question les hypothèses et les mythes profondément ancrés. Les activités de clarification des valeurs et de transformation des attitudes abordent ces enjeux pour aider les participants à adopter des attitudes positives en matière de SSRA et à combler les lacunes dans la fourniture de services en milieu clinique et communautaire. L'OMS fournit des directives sur les attitudes positives que les prestataires de soins (et autres intervenants humanitaires au service des jeunes) devraient avoir ou chercher à adopter dans leur document [Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires](#). La boîte à outils a adapté, dans la [Figure K](#), la liste des attitudes de l'OMS qui sont essentielles pour la prestation de soins de santé aux adolescent.e.s.



Photo : Susan Warner

Figure K : attitudes fondamentales pour la prestation de soins de santé aux adolescent.e.s



MESSAGE CLÉ

Les adolescent.e.s qui vivent avec des membres de leur famille peuvent être incapables d'accéder et d'obtenir des services de SSRA de manière indépendante. Les prestataires de services, les ASC et les praticiens humanitaires doivent s'assurer qu'ils disposent des outils de soutien nécessaires pour faire face à l'influence de la famille en matière de confidentialité, de consentement et d'assentiment, ainsi que du contexte juridique local. Se référer aux [Principes de la Capacité](#).

Comment intégrer la clarification des valeurs et la transformation des attitudes dans mes formations ?

Les ateliers de CVTA peuvent être menés avec les prestataires avant une formation clinique, intégrés dans les composantes de la formation clinique, et dans les orientations du site de santé avec le personnel auxiliaire pour soutenir les efforts de création d'un environnement favorable. Les ateliers de CVTA sont couramment utilisés pour renforcer les liens à travers la continuité des soins, par exemple dans les sessions de sensibilisation de la communauté par les ASC pour déstigmatiser les questions de santé reproductive, visant ainsi à réduire les obstacles à l'accès aux soins. Les activités de CVTA doivent être adaptées à chaque contexte humanitaire. L'Ipas dispose de deux boîtes à outils de CVTA : [transformation de l'attitude face à l'avortement : une boîte à outils de clarification des valeurs pour les publics](#) humanitaires et [transformation de l'attitude face à l'avortement : activités de clarification des valeurs adaptées aux jeunes femmes](#).

FACTEURS DE GENRE À PRENDRE EN COMPTE POUR CVTA

Les humanitaires doivent examiner comment la dynamique des genres influe sur la vulnérabilité des hommes, des femmes, des garçons et des filles, y compris la violence basée sur le genre (VBG) et les soins et le soutien offerts à toutes les survivantes; toutefois, les praticiens devraient accorder une attention particulière aux femmes en raison des preuves de leur risque accru, y compris la VBG, la discrimination documentée et l'accès restreint à une aide humanitaire sûre et équitable. La violence sexuelle, un type de VBG, est courante dans les contextes humanitaires, se produit à toutes les étapes d'un conflit et peut s'aggraver à la suite d'une catastrophe naturelle. Les survivants sont généralement des femmes et des adolescent.e.s (dont la vulnérabilité augmente à la suite d'une crise), mais les hommes sont également victimes de violence sexuelle. La séparation des structures familiales et de soutien et / ou le fait d'assumer de nouvelles responsabilités ou de nouveaux rôles, comme la collecte de bois de chauffage ou la recherche de nourriture, peuvent accroître le risque d'exploitation et d'abus pour les femmes et les adolescent.e.s.

La boîte à outils comprend un exemple d'outil d'activités CVTA que les directeurs de SSR peuvent utiliser auprès de différents publics [dans l'Annexe E](#). Cet exercice a été adapté du manuel du formateur du module de formation supplémentaire sur les soins post-avortement adaptés à la jeunesse du Consortium [des services postaux \(SPA\)](#), de la [transformation de l'attitude envers l'avortement d'Ipas : une boîte à outils de clarification](#) des valeurs pour les publics humanitaires et [la transformation de l'attitude envers l'avortement d'Ipas : Activités de clarification des valeurs adaptées aux jeunes femmes](#).

LA MOBILISATION DES ADOLESCENT.E.S EST ESSENTIELLE!

Le recours à des adolescent.e.s mis également à des animateurs, dans le processus de conception de la formation assure un engagement actif et une inclusivité. Ceci, à son tour, crée un environnement positif d'apprentissage et de prestation de services SSRA de qualité.

Des outils de formation

Coordonneurs et directeurs de SSR

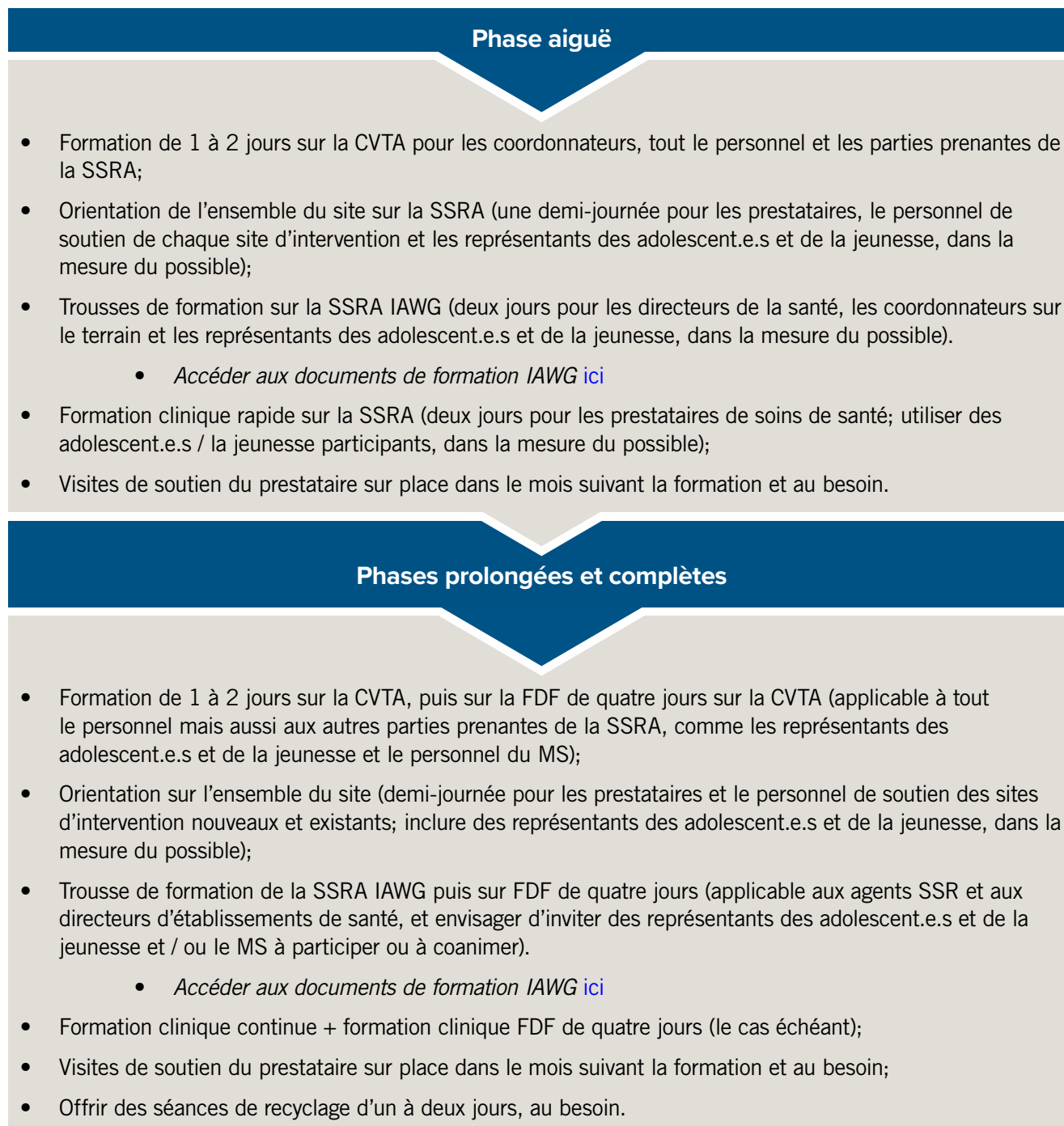
Le premier objectif du [DMU](#) indique que les coordonneurs et les directeurs de la SSR sont en grande partie responsables de la coordination et de la prestation de la formation clinique mais également de la formation et de l'orientation sur la SSR pour les autres membres du personnel et ceux qui ne font pas partie de leur organisation. Pour chacune de ces modalités de formation, les directeurs de SSR devront adapter le langage, la formulation et le contenu de leurs formations SSRA afin de refléter le contexte et les besoins de leur public. Par exemple, pendant la pandémie de COVID-19, les organisations de SSR qui ont participé au sous-groupe de travail sur la SSRA de l'IAWG ont dû adapter leurs stratégies de formation -en adoptant des méthodes à distance, des approches d'apprentissage virtuelles et mélangées tout en appliquant des mesures de prévention et lutte contre l'infection – pour prévenir la transmission du virus et se conformer aux mesures appropriées d'atténuation des risques.

Compte tenu de la vaste gamme de membres du personnel et de parties prenantes qui ont besoin de formation sur la SSRA, les directeurs des SSR doivent reconnaître les défis et les possibilités propres à la formation de différents publics, en particulier pour des sujets sensibles comme la SSRA. L'IAWG a élaboré une trousse de formation à l'intention des directeurs des SSR (voir ci-dessous pour obtenir des liens vers les ressources de formation), qui fournit des conseils sur la façon de former les autres et de gérer les questions difficiles ou les sujets sensibles au sujet de la SSRA. L'une des recommandations de ce dossier est de fournir [des exercices de CVTA](#) avant ou au début d'une formation sur la SSRA afin de comprendre les points de vue du public à l'égard de la SSRA. Le dossier montre également aux directeurs de la SSR comment enseigner à un éventail d'apprenants, car les participants apprennent de différentes façons et ont des préférences différentes sur la façon dont ils apprennent le mieux.

[La figure L](#) donne un exemple de la façon dont les directeurs des SSR peuvent organiser des stratégies de formation pendant les phases aiguës et prolongées d'une urgence.



Figure L : Stratégies de formation du personnel d'intervention



Nous avons terminé la formation; nous avons maintenant fini n'est-ce pas ?

Non. Répétition. Répétition. Répétition. Pour que la formation soit efficace, comme les leçons apprises à l'école, les messages doivent être répétés et les élèves doivent être soutenus. Les directeurs SSR sont également chargés de veiller à ce que des mécanismes de soutien et de suivi de la mise en œuvre de la qualité des activités SSR soient disponibles après les formations. Les formations ponctuelles ne sont pas efficaces pour atteindre les résultats prévus pour les participants; les participants doivent être soutenus après la formation par des formations de recyclage, de la supervision, de l'encadrement continu et du mentorat. La posologie compte. Un examen des interventions de la SSRA visant à réduire la transmission des IST et la grossesse chez les adolescentes a révélé que les programmes qui donnaient des formations à plus forte dose (ou plus uniformément ou pour une plus longue durée) étaient plus efficaces que les programmes plus courts. *Voir le chapitre 8 : Notes d'orientation et outils à l'intention des directeurs pour de plus amples informations sur les ressources et les outils de supervision de soutien.*

ÉTUDE DE CAS

Programme de mentorat pionnier dans MZ et TZ

Pathfinder a mis en œuvre un programme de SSR pour la jeunesse au Mozambique et en Tanzanie, pays qui ont intégré des services de SSR adaptés aux jeunes dans les installations du secteur public et les collectivités soutenues par l'organisation. Bien que ce projet ait été mis en œuvre dans un contexte de développement, il fournit des preuves de l'incidence d'une approche de mentorat sur les effets de la SSRA. Un élément important de ce programme était son volet mentorat. Pour s'assurer que les prestataires, le personnel des établissements et les établissements de santé respectent les normes de qualité, le projet a formé tous les prestataires et le personnel et a mis en œuvre un programme de mentorat pour aider les prestataires à offrir la gamme complète de méthodes contraceptives, y compris la contraception réversible à action prolongée (CRLDA). Pathfinder a intégré dans ses formations et son programme de mentorat des composantes standard de qualité du programme du MS de chaque pays et les critères de recevabilité médicale de l'OMS [pour l'utilisation de contraceptifs](#). Le programme de mentorat a fait appel à des équipes de mentorat, composées de membres du personnel de projet et du personnel du MS qui ont visité chaque établissement, chaque mois la première année et chaque trimestre ensuite, et observé les prestataires et le personnel à l'aide d'un outil de mentorat sur tablette. Les équipes de mentorat ont également offert de la formation en cours d'emploi, élaboré des plans de travail individuels pour l'amélioration de la qualité et surveillé les caractéristiques des installations au moyen de la tablette.

Pour la formation du personnel de la santé générale (adjoints, logisticiens, réceptionnistes, etc.) et non du personnel de la santé (collègues de la protection de l'enfance, de l'éducation, etc.), les directeurs des SSR devraient offrir des formations et une supervision en cours, du mentorat et de l'encadrement sur les sujets suivants :

- La SSRA, en mettant l'accent sur les besoins uniques des adolescent.e.s;
- Quels services de SSR sont fournis aux adolescent.e.s et où ils sont offerts;
- Comment aiguiller les adolescent.e.s vers les services (à la fois des références des services de santé et des références entre les secteurs);
- Normes sociales dans la communauté, attitudes / préjugés des prestataires de services et de l'effet sur l'utilisation et l'adoption des services de SSRA;
- Cadres juridiques et politiques du pays d'accueil mais également des cadres pertinents en matière de droits humains;
- Plaidoyer pour la communication et les stratégies de coordination avec les parties prenantes. Se référer aux prestataires d'Ipas [en tant que défenseurs pour des soins liés à l'avortement sécurisé](#) : [Un manuel](#) de formation pour le contenu de formation de plaidoyer et l'adaptation au contexte du pays d'accueil;
- Collecte, prise en charge et documentation des données. Voir [le Chapitre 7 : Des données pour l'action](#) pour de plus amples informations.

MESSAGE CLÉ

Toutes les formations, quel que soit l'auditoire, devraient comprendre une composante d'évaluation qui évalue non seulement les connaissances de la SSRA, mais aussi les attitudes et les comportements. Cela comprend le CVTA avant et après les tests, mais aussi les connaissances, l'attitude et la pratique de la SSRA avant et après les tests. De plus, toutes les formations, qu'elles s'adressent aux prestataires ou au personnel du programme, devraient comprendre une séance et un module sur la collecte, la prise en charge et la documentation des données. Voir [le Chapitre 7 : Des données pour l'action](#) pour des directives détaillées.

POSSIBILITÉS DE FORMATION À DISTANCE

Dans certaines situations, les formations en personne peuvent ne pas être possibles en raison de contraintes de sécurité, de restrictions d'accès ou de politiques de santé, comme pendant les éclosions de la maladie à virus Ebola et de la COVID-19 pandémie lorsque des pays ont interdit ou restreint les groupements de personnes pour réduire la transmission. Les intervenants humanitaires, toujours flexibles, devraient adapter leurs stratégies de formation à leur contexte opérationnel. Les organisations peuvent utiliser des plateformes en ligne (lorsque Internet / la technologie le permet) pour offrir des cours d'apprentissage à distance et des webinaires, ainsi que pour diffuser des séances en direct, comme par le biais de [Facebook Live](#) ou de [YouTube Live](#). Les professionnels devraient intégrer des méthodologies ou des programmes de formation interactifs dans leurs formations virtuelles afin d'accroître la participation des utilisateurs, y compris les fonctions des salles de réunion ([Zoom](#)), les courtes vidéos ([TikTok](#)), la visualisation des données ([Tableau](#)) et les outils de collaboration en ligne ([Mural](#)). Si les séances en direct ou les webinaires ne sont pas réalisables en raison de la vitesse d'Internet ou de l'équipement approprié, les intervenants peuvent enregistrer des séances plus courtes ou fournir des emplacements centraux sécuritaires (où Internet et la technologie sont disponibles) pour que les petits groupes puissent se réunir et y assister. IAWG a fourni des ressources en ligne sur le cours d'apprentissage en ligne sur [la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s dans les situations de crise humanitaire](#) et [un recueil de ressources pour la réponse à la COVID-19](#).

Remarque : d'autres recherches et la collecte de preuves probantes sont nécessaires pour étudier l'efficacité de ces interventions numériques, en particulier pendant les interventions en cas de pandémie, sur les effets de la SSRA.

Vous trouverez ci-dessous des liens vers la SSRA de l'IAWG dans les dossiers de formation sur les situations d'urgence à l'intention des directeurs de SSR pour la formation d'autres membres du personnel des SSR, des travailleurs de la santé de première ligne (p. ex., prestataires de services et ASC) et du personnel non médical.

- [Trousse FDF sur la SSRA en cas d'urgence pour les directeurs SSR;](#)
- [Trousse de formation sur la SSRA en cas d'urgence pour les travailleurs de la santé de première ligne;](#)
- [Dossier de formation sur la SSRA dans les situations d'urgence pour le personnel non médical.](#)



Prestataires de services

Les directeurs de SSR seront probablement chargés d'organiser des formations pour les prestataires de services et pourraient aider les cliniciens à faciliter leurs formations. Comme il a été mentionné précédemment, les directeurs SSR peuvent insérer des composantes de la SSRA dans les formations cliniques et ne sont pas toujours tenus d'offrir une formation distincte sur la SSRA pour former les prestataires de services sur la façon d'offrir des services aux adolescent.e.s.

Les prestataires de services savent comment offrir les services de SSR. Pourquoi ont-ils besoin de formation pour offrir des services de SSR aux adolescent.e.s ?

L'un des défis les plus fréquemment signalés par les adolescent.e.s qui demandent des services de SSR était les attitudes non amicales et les biais négatifs envers les adolescent.e.s de la part des prestataires de services. L'engagement efficace des travailleurs de la santé et de la santé communautaire auprès des adolescent.e.s peut réduire la stigmatisation et les obstacles auxquels les adolescent.e.s font face lorsqu'ils tentent d'accéder à des soins de santé de qualité. Les occasions d'interagir avec les adolescent.e.s de l'établissement dans le cadre de séances de conseil, de services cliniques ou d'activités de promotion de la santé dans la collectivité peuvent aider les prestataires à cerner les besoins émotionnels et physiques des adolescent.e.s et à y répondre, ainsi que d'autres préoccupations. Les prestataires de soins de santé devraient reconnaître les différences d'âge, de sexe, de stade de développement, de niveau d'instruction et d'alphabétisation, de statut matrimonial et de conditions de vie des adolescent.e.s en situation d'urgence. Cela garantira que les prestataires de soins de santé offrent des services de communication et de conseil de qualité, adaptés et efficaces qui répondent à leurs besoins uniques.

Quels éléments de formation de la SSRA devraient être inclus pour les prestataires de services ?

Les prestataires de services devraient recevoir une formation leur permettant de devenir compétents en matière de composantes techniques et cliniques de SSR et de fournir un suivi et une coordination intersectorielle sur la façon d'orienter les adolescent.e.s vers les services dont ils ont besoin en toute sécurité. Les prestataires devraient également recevoir une formation sur l'importance des compétences générales, y compris sur la façon dont ils communiquent avec les patients et sur la façon dont leurs attitudes à l'égard du patient influent sur la qualité de leur service. L'OMS aide à décrire ces différents domaines de compétences dans sa ressource intitulée [Compétences essentielles en santé et développement des adolescent.e.s pour les prestataires](#) de soins primaires, qui suit [les directives mondiales de l'IAFM](#) et de l'OMS. Les formateurs devront consulter l'IAFM et d'autres ressources cliniques (comme [le Guide Intrapartum de l'OMS](#)) pour obtenir des lignes directrices et des informations plus détaillées sur la façon de former les prestataires de services pour qu'ils offrent des services de SSR. Ces domaines fournissent des idées sur la façon de structurer et d'intégrer les composantes de la SSRA dans une formation clinique et / ou de mener une formation clinique autonome sur la SSRA. Dans les trois domaines, il y a des facteurs à prendre en compte que les prestataires devraient comprendre au sujet de la prestation de services de santé aux adolescent.e.s.

Domaine 1 : Concepts de base en santé des adolescent.e.s, sexualité et développement, et communication efficace

Dans le premier domaine, les prestataires de services de SSRA doivent posséder des compétences spécialisées en consultation, en communication interpersonnelle et en soins interdisciplinaires adaptées à la phase de développement et au contexte de l'adolescent. En reconnaissant les besoins et les caractéristiques uniques des adolescent.e.s, le prestataire de soins de santé veille à ce que le conseil, la consultation et les services soient adaptés aux besoins particuliers et holistiques de chaque adolescent afin d'améliorer sa santé et sa sécurité en général. Les praticiens de la protection de l'enfance peuvent aussi aider les prestataires de services à communiquer, des références et à renforcer les liens avec les très jeunes adolescent.e.s. Ces compétences s'intitulent Concepts de base en santé et développement des adolescent.e.s et communication efficace. De plus, l'OMS a élaboré la ressource [Brève communication liée à la sexualité : recommandations pour une approche](#) de santé publique, qui fournit des conseils supplémentaires aux prestataires de services de formation sur la brève communication liée à la sexualité.



Adolescent.e.s à risque : très jeunes adolescent.e.s

Dans le domaine 1, les prestataires de services devraient recevoir une formation sur les caractéristiques et les besoins uniques des adolescent.e.s, y compris sur ce qui rend certains adolescent.e.s plus vulnérables. Les très jeunes adolescent.e.s, par exemple, peuvent ne pas comprendre les changements qui se produisent dans leurs corps en raison d'un manque d'accès à l'information sur la SSR, d'une perturbation de la fréquentation scolaire ou d'une éducation sexuelle complète (ECD) inadéquate ou non disponible. Leur manque de connaissances ou de compétences peut accroître les risques associés à la puberté, comme les grossesses imprévues et les IST. Les prestataires de services devraient être prêts à expliquer les règles et la puberté mais également toute autre question que les très jeunes adolescent.e.s pourraient avoir. Alors que les très jeunes adolescent.e.s subissent des changements physiques, mentaux et sociaux intenses et commencent à comprendre leurs propres attitudes, comportements et identité, ils cherchent à obtenir des conseils de leurs pairs et des adultes, ce qui peut aussi les exposer à un plus grand risque de coercition (dans certains milieux, comme un contexte humanitaire). Ainsi, les prestataires doivent s'assurer que les très jeunes adolescent.e.s comprennent leur droit à l'intimité, ce qui signifie que s'ils veulent être seuls avec un prestataire, ils peuvent le demander.

Domaine 2 : Lois, politiques et normes de qualité

Dans le deuxième domaine, les prestataires doivent comprendre et appliquer des lois et des politiques de pratique clinique qui favorisent, protègent et respectent le droit des adolescent.e.s à la santé, qui sont conformes aux normes professionnelles et de qualité et aux principes des droits humains. Ces compétences sont appelées Lois, mesures et normes de qualité. Les prestataires se référeront aux lois, politiques et normes de qualité du pays d'accueil concernant les SSR concernant les adolescent.e.s qui sont représentés dans les lignes directrices nationales ou les protocoles cliniques. Les prestataires devraient appliquer ces lois, politiques et normes lors de l'installation du site et de la prestation de services de qualité au moyen d'évaluations des capacités, qui comprennent à la fois les points forts et les domaines d'amélioration de la prestation des services cliniques et de l'adaptation sociale. Les prestataires devraient également appliquer ces normes dans leurs efforts de coordination avec les parties prenantes pour s'assurer que les besoins en matière de SSR des adolescent.e.s sont satisfaits. Si les lois et mesures locales n'existent pas pour la prestation de services de qualité SSRA, utiliser les protocoles internationaux comme [l'IAFM](#), [le DMU](#), et le [Principe de capacité](#).



Adolescent.e.s et adolescentes à risque : Survivants de la VBG

Pour répondre à la violence sexuelle, il est essentiel de soutenir la justice pour les survivants. Les prestataires devraient être sensibilisés au système médico-légal et à la déclaration obligatoire et aux répercussions juridiques, y compris les lois et les politiques entourant la violence sexuelle.

Il est important de noter que les lois et les politiques locales peuvent ne pas être conformes aux normes internationales en matière de droits humains et enfreindre le droit à l'intimité.

Dans les situations de crise humanitaire, il est souvent impossible de recueillir des preuves judiciaires, mais cela ne doit pas constituer un obstacle à la prestation de services. D'abord et avant tout, les prestataires de services doivent fournir des services médicaux aux adolescentes survivantes (par ex., PPE, contraception d'urgence pour prévenir les grossesses non désirées après des violences sexuelles, et / ou accès à des services d'avortement sûrs, y compris si l'adolescente demande les services plus tard). Si le survivant accepte de mener une enquête, le prestataire de soins de santé devrait effectuer l'examen et recueillir des preuves judiciaires en même temps (pour réduire au minimum le traumatisme subi par le survivant). Les prestataires ne devraient recueillir des preuves médico-légales que si elles peuvent être testées, analysées et utilisées, en plus d'assurer leur stockage sécuritaire. Le survivant doit recevoir une explication complète de chaque procédure et consentir à toutes les étapes avant de recueillir toute preuve. De plus, il est impératif pour les prestataires de préserver la confidentialité des clients à chaque instant - même lors d'une collaboration liée à l'application de la loi et au système juridique dans son ensemble.

Domaine 3 : Prise en charge clinique des adolescent.e.s avec des facteurs spécifiques à prendre en compte

Les premier et deuxième domaines ne se limitent pas à des états cliniques particuliers; en conséquence, le domaine 3 concerne les soins aux adolescent.e.s atteints de maladies spécifiques. Ce domaine exige des méthodes de prise en charge adaptées qui prennent en compte le développement de l'adolescent. Ces compétences sont appelées Prise en charge clinique des adolescent.e.s avec des facteurs spécifiques à prendre en compte.

En accord avec l'IAFM, les intervenants humanitaires doivent adopter une approche fondée sur le droit pour la prestation de services de SSRA, qui respecte les droits et l'autonomie corporelle de tous les adolescent.e.s, sans distinction d'âge, d'origine ethnique, de statut de résident, d'orientation sexuelle, d'identité de genre ou de capacités physiques ou cognitives. Le fondement de tous ces domaines est le respect des principes relatifs aux droits humains tels que l'égalité, une véritable participation et une véritable intégration. Ces principes, ainsi que d'autres attitudes fondamentales s'agissant de la santé des adolescent.e.s, sont énoncés dans la figure M et sont fondamentales pour toutes les compétences décrites dans les trois domaines. Voir Figure M pour une explication détaillée des compétences figurant dans le domaine 3.

Figure M : Prise en charge clinique des adolescent.e.s avec des facteurs spécifiques à prendre en compte

3.1	Évaluer la croissance et le développement pubertaires normaux et gérer les troubles de la croissance et de la puberté
3.2	Assurer les vaccinations
3.3	Faire face aux problèmes de santé courants pendant l'adolescence
3.4	Évaluer la santé mentale et prendre en charge les problèmes de santé mentale
3.5	Procurer des soins liés à la santé sexuelle et reproductive
3.6	Garantir la prévention, la détection, la prise en charge et les soins liés au VIH
3.7	Encourager l'activité physique
3.8	Évaluer l'état nutritionnel et gérer les troubles liés à l'alimentation
3.9	Prise en charge des maladies chroniques, y compris des handicaps
3.10	Évaluer et encadrer la toxicomanie et les troubles liés à la toxicomanie
3.11	Détecter les violences et fournir un soutien de première ligne aux victimes
3.12	Prévenir et soigner les blessures accidentelles
3.13	Dépister et traiter les maladies endémiques

Source : [Compétences de base pour la santé des adolescent.e.s et développement de prestataires de soins primaires](#) (OMS, 2015)

En plus des ressources pédagogiques du IAWG mentionnées ci-dessus pour les prestataires de services (dans la section [Coordonnateurs et gestionnaires de la SSR](#)), Pathfinder a développé un manuel de formation pour les prestataires de services qui fait partie de leur [Curriculum de formation sur la santé reproductive globale et le planning familial](#). Le but du manuel de formation est de préparer les prestataires de services (médecins, infirmiers, conseillers et sages-femmes) à fournir des services de santé reproductive de qualité aux adolescent.e.s. Des sections du manuel peuvent être adaptées à l'usage des ASC.

Les coordonnateurs et directeurs de SSR devront probablement assister les directeurs d'établissement de santé ou les prestataires de services dans l'organisation ou aider à la formation des agents de santé communautaire, des acteurs communautaires, et d'autres modalités de la santé communautaire.

Pourquoi devons nous former les ASC sur la SSRA ?

Les agents de santé communautaires jouent un rôle clé dans la création d'un cadre sûr et propice pour que les informations et les services adaptés aux adolescent.e.s soient chaleureux et de qualité. Ils doivent être formés et bénéficier d'un mécanisme qui les tient en permanence au courant des informations et ressources pertinentes disponibles pour les adolescent.e.s. Leur fonction spécifique est d'accroître l'accès à l'information et aux services de SSR, et est discuté plus longuement dans la section [Services communautaires et plateformes de sensibilisation](#). Cette section se focalise sur les moyens de renforcement des capacités que les directeurs de SSR peuvent utiliser avec les agents de santé communautaires ou que ces derniers peuvent utiliser dans leurs secteurs d'activité. De la même manière que les prestataires de services, l'OMS offre un guide utile pour la formation des agents de santé communautaires qui se trouve dans la section [Compétences de base pour soutenir la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent](#) (SSR / SMNEA) par ces agents dans leur mémoire technique sur le renforcement des capacités des agents de santé communautaire. Ce guide présente les compétences essentielles que les agents de santé communautaires doivent posséder ou s'efforcer d'obtenir afin de fournir des services de SSR de qualité aux adolescent.e.s. Les formateurs peuvent utiliser ces domaines lorsqu'ils organisent des ateliers de formation pour ces agents afin d'assurer que ces sujets sont traités.

Domaine 1 : Travail avec la communauté pour la promotion, l'éducation et le conseil en matière de santé

Le premier domaine inclut la formation des agents de santé communautaires sur les activités quotidiennes de leur mission. On y explique comment identifier, soutenir, motiver et mobiliser les leaders communautaires, les membres de la communauté, les populations à risques (par exemple les adolescent.e.s), et les réseaux sociaux tels que les clubs de jeunes mères et les groupes de jeunesse. Les ASC doivent aussi comprendre comment identifier les problèmes de santé de la communauté et favoriser le dialogue communautaire pour promouvoir les comportements sains, y compris les actions préventives. Ils doivent être formés à l'utilisation de techniques aidant à ce que les membres de la communauté s'engagent telles que des méthodes simples de consultation et consistant à résumer les conclusions et réflexions de la communauté. Une orientation et des techniques supplémentaires sur ces sujets sont disponibles dans la section [Services communautaires et plateformes de sensibilisation](#).

Domaine 2 : Comportements pour promouvoir et offrir des soins SSR / SMNEA de qualité

Le domaine 2 souligne les standards personnels et éthiques que les ASC doivent respecter en accord avec [les standards IAFM](#) et [de l'OMS](#) mais également les pratiques de leurs organisations. Il est important que les ASC développent et favorisent des rapports efficaces avec les membres de l'équipe et leurs collègues dès le début. Ils doivent comprendre le champ d'application de leur activité, ce qui est nécessaire pour avoir des références de patients efficaces et pour la recherche d'opportunités encourageant un apprentissage continu et une croissance professionnelle. Lorsqu'ils mobilisent initialement les ASC, les directeurs de SSR doivent organiser des ateliers de [CVTA](#) avec les prestataires et les ASC participants afin d'assurer l'instauration de liens concernés, mais également de promouvoir des attitudes positives de ces agents à l'égard des adolescent.e.s.

Le domaine 2 inclut aussi le développement des capacités à communiquer des ASC. Les ASC doivent traiter les adolescent.e.s sans porter de jugement, de façon non discriminatoire et respectueuse de l'égalité des sexes. Ils doivent assurer le droit des adolescent.e.s à la confidentialité, y compris pour les sous groupes d'adolescent.e.s ayant des besoins diversifiés de SSR. Les ASC doivent faire preuve d'empathie, de réconfort, de communication non autoritaire, et d'écoute active, en plus de respecter les connaissances et le style d'apprentissage des individus, des familles et des communautés. Ils doivent être attentifs à assurer la confidentialité, l'intimité, et à respecter les choix individuels mais également le droit d'accepter ou de refuser les soins.

Domaine 3 : Prise en charge performante afin de permettre la promotion et la prestation efficaces de soins SSR / SMNEA de qualité

Le domaine 3 porte sur les aspects relatifs à la prise en charge des ASC. Les agents de santé communautaires doivent savoir planifier les visites aux communautés et aux foyers, et favoriser la coordination et la continuité des soins par des références ou contre-références sûres et appropriées aux patients (voir [Services basés en établissements](#) pour plus d'informations sur comment fournir des références vers des services de santé aux patients). Par exemple, il est essentiel que ces agents soient impliqués et intégrés dans les dispositifs d'orientation des enfants et des adolescent.e.s victimes de violence sexuelle; ce qui signifie qu'ils coordonnent activement et collaborent avec les services de gestion des dossiers et sont formés par des prestataires de services et experts en protection de l'enfance sur les directives ou normes concernant la tolérance lors de visites d'habitations et de communication avec les familles. Ils doivent comprendre l'importance de l'enregistrement de données précises et complètes et de leur reporting en temps opportun mais également de l'utilisation de cette information pour adapter leurs programmes et améliorer la qualité de leurs services (voir [Chapitre 7 : Des données pour l'action](#) pour plus d'information sur l'utilisation des données afin d'adapter et d'améliorer la qualité des programmes). La formation des agents de santé communautaires sur la façon de gérer efficacement la logistique de l'approvisionnement et des équipements est également incluse dans ce domaine. Enfin, les ASC doivent être capables de démontrer responsabilité et transparence dans toutes leurs actions en accord avec [les standards de l'IAFM](#) et [de l'OMS](#), ainsi qu'avec les pratiques de leurs organisations de soutien (telles que les politiques de protection de l'enfance et de protection contre de l'exploitation et abus sexuels [PSEA]).

Les compétences ci-dessus, ainsi que d'autres ressources pour renforcer la capacité des agents de santé communautaires à assurer des services de SSRA, sont incluses dans un document créé par H4+ et intitulé [Mémoire technique sur le renforcement de la capacité du personnels de santé communautaires à fournir des soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente](#). Le mémoire technique comprend des facteurs à prendre en compte et liées aux systèmes de soins et aux programmes, aux compétences de base et aux références avisées des agents de santé communautaires sur la continuité des soins de santé sexuelle et reproductive, de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SSR / SMNEA). Pour des conseils et des formations supplémentaires sur la SSRA pour les agents de santé communautaires, voir la [Boîte à outils de recherche opérationnelle sur la SSRA de l'IRC](#) et la [boîte à outils modulable GREAT](#) de Pathfinder



Services basés en établissements

Cette section fournit des liens vers les ressources en établissements (trouvés dans le document [IAFM](#)) et fournit aussi des directives sur : comment impliquer les adolescent.e.s dans le fonctionnement des établissements; les facteurs à prendre en compte des adolescent.e.s lors de l'installation d'un établissement; comment conseiller et fournir des services cliniques aux adolescent.e.s (y compris les sous groupes d'adolescent.e.s particulièrement à risques); et une orientation vers les services de santé pour les adolescent.e.s. Cette section inclut des moyens d'élargir l'accès aux services en établissements à travers des unités de soins mobiles et autres modalités. Les chapitres [Des données pour l'action](#) décrivent de manière détaillée les approches de documentation et les exemples indicateurs de ces services et activités.

Les adolescent.e.s sont-ils capables de prendre des décisions au sujet de leur SSR ?

Oui. Les adolescent.e.s sont capables de prendre des décisions concernant leur propre corps et ont le droit de prendre ces décisions. Les prestataires de services doivent conseiller et offrir des services de SSR aux adolescent.e.s en accord avec le [Principe de capacité](#) dans la pleine mesure des lois locales. Les prestataires de service se doivent de comprendre et respecter la capacité des adolescent.e.s à recevoir des informations SSR, des conseils et différents services sans surveillance parentale. Dans de nombreux pays, aucun consentement parental n'est requis en cas d'urgence médicale. Quand les codes de conduite professionnels, les guides de pratique clinique / nationaux ou les lois en vigueur n'incluent pas de directives en matière de gestion de conflits éthiques et juridiques, les praticiens se doivent d'agir dans l'intérêt supérieur de l'enfant (adolescent), d'appliquer le principe de capacité et de fournir le service souhaité. Pour plus d'informations sur le consentement et l'accord, voir [Chapitre 7 : Des données pour l'action](#).

Qu'est ce qui rend un dispositif attractif pour les adolescent.e.s ?

Comme nous le savons, la communication entre le personnel et les adolescent.e.s au niveau du dispositif ainsi qu'au sein de la communauté crée un précédent qui favorise leur implication et conditionne leur retour pour des informations SSR ou des services. Dans la mesure du possible, le dispositif devrait inclure une diversité de prestataires et de personnel de soutien, y compris d'âge et de sexe différents. Certains adolescent.e.s se sentent plus à l'aise quand ils peuvent s'adresser à un prestataire du même sexe.

Il est aussi important d'accroître la capacité des prestataires et du personnel à offrir un environnement hospitalier pour les adolescent.e.s que d'appliquer les changements de mesures et d'infrastructures nécessaires à l'amélioration de la convivialité et de la réception des dispositifs face aux besoins des adolescent.e.s. Afin de correspondre [aux critères de l'IAFM](#) et [au critère 5 de l'OMS : les caractéristiques des dispositifs](#), le dispositif de santé doit proposer des horaires d'ouverture adaptés, un environnement accueillant et propre, suffisamment d'équipements, de médicaments, de matériel et de technologie pour garantir une offre de service santé utile à tous les adolescent.e.s. Ces services sont décrits dans le DMU (voir [chapitre 4 : Activités prioritaires pour la SSRA en situations d'urgence](#)) et résumés ci-dessous. Pour un conseil complet sur la mise en œuvre du DMU, veuillez vous référer à l'IAFM, [au DMU Cours d'apprentissage à distance](#), et [au site internet de l'IAWG FSP](#) afin d'identifier les opportunités de formations en présentiel et virtuelles.

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA MISE EN ŒUVRE

Dissiper les mythes – Introduire des changements relatifs aux dispositifs ne requiert pas toujours un investissement important

Une étude au Kenya et au Zimbabwe évaluant les préférences des adolescent.e.s autour des services SSR a révélé que les adolescent.e.s ne donnaient pas la priorité aux services dédiés exclusivement à la jeunesse mais accordaient de la valeur aux aspects du service qui importent aussi aux patients adultes comme la confidentialité, une attente réduite, un coût minimum et un personnel aimable. L'amélioration de ces aspects du service clinique ne requiert pas toujours d'investissement important en ressources externes. Des capacités déjà disponibles au sein des installations clinique ou du programme existant peuvent être exploitées pour rendre les dispositifs plus attractifs auprès des jeunes patients. Par exemple, les directeurs de programme peuvent intégrer à la formation en cours des prestataires de santé, ou au sein du service de supervision habituel, des messages et des contenus spécifiques pour les adolescent.e.s. La construction de salles de consultation indépendantes pour la jeunesse n'est pas toujours faisable, donc les équipes de santé peuvent décider de convertir des salles de consultation non utilisées ou de revoir la circulation dans la clinique en s'assurant que le dispositif réponde mieux aux attentes des adolescent.e.s.

Quels services SSR sont offerts au sein d'un dispositif de santé ?

Au [Chapitre 4 : Activités prioritaires pour la SSRA en situations d'urgence](#), nous avons abordé les services de secours qui doivent être délivrés à la survenue d'une crise. La boîte à outils décrit les facteurs que les prestataires doivent prendre en compte au moment d'offrir informations et services SSR à des patients adolescent.e.s. Ces facteurs à prendre en compte relèvent essentiellement de conseils en orientation, car les procédures cliniques SSR pour les adolescent.e.s ne sont pas différentes de celles des patients adultes. (par. ex. : toutes les méthodes contraceptives sont sûres et appropriées pour les patients adolescent.e.s). L'orientation clinique vers ces services (décrits ci-dessous) est incluse dans [l'IAFM](#).

Les services cliniques contenus dans la [section adolescent.e.s du DMU](#) qui doivent être mis à disposition au niveau de l'établissement incluent mais ne sont pas limités à :

- La prise en charge clinique du viol pour les survivants de violence sexuelle selon [les règles de l'OMS sur la gestion clinique du viol](#), et aux autres services de soutien, y compris la prophylaxie post-exposition (PPE);
- Contrôler, diagnostiquer et traiter les IST (y compris le VIH) : effectuer des transfusions sanguines en toute sécurité, distribuer des préservatifs, donner des médicaments antirétroviraux (ARV) et fournir des thérapies antirétrovirales (ART);
- Permettre des accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène, des soins néonataux de base, et des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Retenez que les soins post-avortement sont une fonction fondamentale des SONU !;
- Fournir des références sûres et renforcées pour les cas d'urgence vitale mais également d'autres services de soutien comme celui de la santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) et les services de gestion de dossiers;
- Fournir des services de soins liés à l'avortement sécurisé en accord avec la législation locale;
- Conseiller et fournir des méthodes de contraception à court et long terme ainsi que des méthodes barrière;
- Diffuser les informations relatives à la SSR lors de sessions de conseil et via les IEC, soit les supports d'information, d'éducation et de communication;
- Relier les services des dispositifs santé aux initiatives communautaires pour s'assurer que les membres de la communauté savent quels services sont disponibles et où les trouver.

RÉFÉRENCES VERS LES SERVICES DE SANTÉ

Qu'est ce qu'une référence dans le cadre d'un service santé ?

Une référence est faite auprès d'un service de santé quand un professionnel de santé d'un certain niveau demande assistance à un autre niveau du dispositif de santé pour cause de ressources ou de compétences insuffisantes. Ainsi, il est important de s'assurer que les références, à la fois en interne et en externe, du premier et troisième niveaux du système de santé SSR sont fonctionnelles. En période de stabilité les structures sanitaires ne peuvent pas fournir tous les types de soins de santé dans chaque région d'un pays car certaines régions offrent des soins plus spécialisés que d'autres. Ceci est particulièrement vrai dans les situations de crise humanitaire avec les perturbations du système de santé et la mise en place de nombreux types d'organisations travaillant conjointement pour offrir des services de santé à toutes les populations affectées par la crise. Ainsi, un système performant de référence, où tous les niveaux du dispositif de santé travaillent ensemble et où le système de groupement et de coordination humanitaire est impliqué, est essentiel pour garantir un accès aux soins vitaux pour les personnes qui en dépendent. Les changements fréquents causés par le contexte humanitaire et la rotation du personnel obligent à revisiter les dispositifs d'orientation durant le continuum humanitaire afin de garantir leur pérennisation.

L'OMS, [L'Agence des États-Unis pour le développement international \(USAID\)](#), et d'autres agences ont fourni des modèles de formulaires de référence et des ressources pour assister les organisations dans la mise en place d'un dispositif de référence, de formation du personnel et d'un mode opératoire. La boîte à outils contient les formulaires de référence de l'OMS en [Annexe F](#).

Quels types de références peuvent être requis en dehors du dispositif de santé ?

Certaines références disponibles pour les intervenants humanitaires ne sont pas directement liées au dispositif santé. Il s'agit de références entre les différents secteurs du dispositif de coordination humanitaire (par ex. : un agent de la protection de l'enfance qui oriente des adolescent.e.s vers les dispositifs de santé; un agent de santé qui oriente des adolescentes vers un service dédié ou des adolescent.e.s vers les services de SMSPS), il peut aussi s'agir de références entre des secteurs humanitaires et différents départements d'état (par ex. : orienter un cas de VBG vers des services d'assistance juridique). Conseils sur la gestion des références entre secteurs, dont les liens avec le dispositif de coordination humanitaire, et ressources générales sur la référence comme étapes pour une orientation réussie et des modèles de formulaires de référence disponibles dans [Les outils pour établir les dispositifs d'orientation](#).

MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DE L'ACCESSIBILITÉ ET DE L'ÉQUITÉ DES SERVICES

À chaque phase de réponse à une urgence, tous les services doivent rester équitables et accessibles à tous, y compris aux adolescent.e.s présentant des handicaps ou étant lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transgenres, queer, intersexes, asexuels+ (LGBTQIA+). Ainsi, aucun adolescent n'est refusé et les organisations ont régulièrement recours aux initiatives communautaires et aux mécanismes de coordination avec d'autres organismes humanitaires pour atteindre des sous-groupes d'adolescent.e.s à risque. Les intervenants doivent se référer aux évaluations sexospécifiques et aux groupes de discussion pour obtenir des informations sur la localisation et les besoins de ces sous-groupes (voir [Chapitre 7 : Des données pour l'action](#) pour plus de détails sur la conduite des évaluations et l'utilisation des informations qui en découlent).

Comment impliquer les adolescent.e.s dans les activités des dispositifs ?

Comme souligné dans la boîte à outils, l'implication de l'adolescent dans tous les aspects du cycle du programme et à chaque phase de l'urgence est essentielle. La participation des adolescent.e.s dans les activités du dispositif (mise en place du site, activités quotidiennes et clôture) implique un minimum voire aucun coût supplémentaire pour la mise en œuvre et garantit que l'offre de service corresponde aux normes de soin de l'IAFM et de l'OMS, et réponde aux besoins des adolescent.e.s.

Les occasions de faire participer un groupe diversifié d'adolescent.e.s à la mise en place des établissements et à la prestation des services incluent :

- **Recrutement et formation du personnel de santé** : Les adolescent.e.s peuvent aider en informant le personnel de santé des caractéristiques, compétences ou valeurs qui sont importantes pour eux ou peuvent aider à recruter et à former le personnel, par exemple en développant et en révisant conjointement des aides à l'emploi et en soutenant les orientations et la formation clinique en matière de SSR par le biais de jeux de rôle ou d'activités similaires.
- **Mise en place et conception des établissements** : Les adolescent.e.s peuvent donner leur avis sur l'endroit où ils souhaitent accéder aux services et proposer des idées créatives pour garantir des mécanismes discrets et confidentiels leur permettant de demander des informations ou des services sur des sujets sensibles, tels que la SSR.
- **Création, acquisition et diffusion de l'IEC** : L'implication des adolescent.e.s dans l'élaboration du matériel d'IEC permet de s'assurer que les messages soient pertinents par rapport à leurs problèmes, qu'ils sont adaptés à leur âge, qu'ils s'expriment en des termes qu'ils comprennent et qui les concernent, et enfin qu'ils répondent à leurs besoins et à leur manque d'information en matière de SSR.
 - Le matériel d'IEC peut être utilisé non seulement pour éduquer les adolescent.e.s sur la SSR mais aussi pour générer une demande de services. D'autres activités et idées de création de la demande sont incluses dans [Les services communautaires et les plateformes de proximité](#).
- **Assistance au fonctionnement des établissements** : il s'agit d'autonomiser les adolescent.e.s pour aider les prestataires de services et le personnel de soutien dans leurs activités quotidiennes, de co-faciliter les références et de soutenir les liens entre l'établissement, les prestataires et les adolescent.e.s dans la communauté. Comme mentionné précédemment, il est prouvé que le fait de recevoir des informations de pairs ou de professionnels plus proches de l'âge de l'adolescent peut faciliter l'obtention de meilleurs résultats.
- **Diagnostic et suivi de l'établissement** : Les directeurs des SSR peuvent travailler avec les adolescent.e.s pour les former à l'évaluation et au suivi des activités des établissements de santé. La boîte à outils fournit des outils pour évaluer et suivre l'établissement dans [Outils d'amélioration de la qualité de l'établissement](#) et dans [Chapitre 7 : Des données pour l'action](#).

Note : il existe peu de preuves de l'effet de l'utilisation de ces approches sur l'utilisation des services de SSR chez les adolescent.e.s. Cependant, conformément aux approches d'engagement significatives et aux preuves et expériences restreintes des organisations humanitaires, la boîte à outils encourage les organisations à explorer, piloter et documenter leur efficacité.



ÉTUDE DE CAS

Renforcement des systèmes de coordination et de références des jeunes en matière de SSRA

Après avoir terminé l'atelier FDF sur la SSRA dans les situations d'urgence organisé par l'IAWG, l'équipe d'urgence de Save the Children en Colombie en réponse à la crise vénézuélienne a formé toute son équipe de santé sur la SSRA dans les situations d'urgence en utilisant le kit de formation de l'IAWG pour les intervenants de première ligne. Au cours de cette formation, le personnel de santé a conçu plusieurs activités dans le cadre de son plan d'action visant à être plus réceptif aux besoins des adolescent.e.s en matière de SSR. L'une des étapes du plan d'action consistait à orienter la gestion des dossiers, la protection de l'enfance, l'éducation et le personnel du SMSPS, ainsi que les mobilisateurs communautaires, sur la SSRA dans les situations d'urgence. En conséquence, Save the Children a organisé un atelier de 2,5 jours sur la façon dont les situations d'urgence affectent les besoins des adolescent.e.s en matière de SSR, ainsi que sur la façon d'intégrer les activités de SMSPS et de SSR aux programmes de gestion des dossiers, de protection de l'enfance et d'éducation. Les objectifs de l'atelier d'orientation étaient d'amener les participants à : augmenter les connaissances et les risques associés à la SMSPS; décrire les besoins des adolescent.e.s en matière de SSR dans les situations d'urgence; comprendre quels services de SSR Save the Children fournit aux adolescent.e.s et comment orienter les cas; encourager des attitudes positives envers la SSRA; et discuter des moyens de garantir un niveau professionnel de soins de SSR de haute qualité qui réponde aux besoins et préférences des adolescent.e.s. Le deuxième jour, Save the Children a invité les adolescent.e.s et la jeunesse à faire un brainstorming et à formuler des recommandations sur la manière de contrôler les programmes de SSR et de SMSPS pour qu'ils soient réceptifs aux besoins des adolescent.e.s et de la jeunesse. Les participants ont été divisés en quatre groupes (chacun avec des représentants de la gestion de dossiers, de la protection de l'enfance, de l'éducation, de la santé et de SMSPS; ainsi que des représentants des adolescent.e.s et de la jeunesse). Sur la base de cet atelier, le personnel de Save the Children (en collaboration avec les adolescent.e.s et la jeunesse) a élaboré un plan de travail provisoire pour intégrer les questions de SSR et de SMSPS dans les activités de mobilisation communautaire et pour mettre en œuvre des activités de SSR qui tiennent compte des besoins et des obstacles identifiés par les adolescent.e.s et la jeunesse au cours de l'atelier.

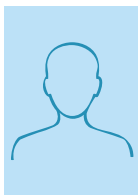
Quelles sont les autres options de prestation de services de santé ?

- Cliniques et équipes de santé mobiles;
- Télémédecine et autres méthodes de proximité;
- Approches d'autosoins.

Cliniques et équipes de santé mobiles

Dans les situations d'urgence, l'accès aux établissements de santé est limité en raison de l'insécurité, des infrastructures détruites ou endommagées, et de nombreux autres facteurs. Les services de SSR sont également fournis aux populations touchées par une crise par le biais de cliniques / unités de santé et d'équipes mobiles, qui peuvent atteindre les populations éloignées et difficiles d'accès, là où les établissements de santé ne peuvent être atteints. Ces équipes mobiles sont composées d'une petite équipe clinique (généralement un médecin, une sage-femme / infirmière, un technicien de laboratoire et un chauffeur), de médicaments et de fournitures de survie conformes au [DMU](#), de fournitures de laboratoire et d'un véhicule. Certaines équipes de santé mobiles peuvent être installées dans des tentes, des structures temporaires, des centres de santé identifiés ou des salles rénovées, afin de fournir des services de SSR aux populations en crise vivant à l'intérieur ou à l'extérieur des camps. Des dispositifs d'orientation efficaces doivent être établis quel que soit l'endroit où se trouvent les opérations de la clinique mobile. Les équipes de santé mobiles ne sont pas seulement utilisées dans les situations où les installations sont difficiles d'accès ou débordées (comme lors des épidémies d'Ebola et de la pandémie de COVID-19), mais peuvent également être utilisées dans les efforts de proximité pour répondre aux besoins de SSR des populations vulnérables, comme la collecte d'informations sur les besoins, l'offre d'un premier point de contact pour les adolescent.e.s et la jeunesse, la diffusion d'informations sur la SSRA au sein de la communauté et la fourniture de SMSPS / premiers secours psychologiques (PSP) (dans des équipes où le personnel est formé à la manière de fournir ces services).

Malgré les contraintes des cliniques mobiles (telles que les défis à garantir un environnement sûr pour les services médicaux, le respect de l'intimité et de la confidentialité, des heures de service cohérentes, des niveaux de fournitures adéquats, entre autres), les équipes mobiles peuvent ajuster le programme et utiliser ces défis comme des opportunités pour mener des sessions d'éducation sanitaire de groupe sur les questions de SSR touchant les adolescent.e.s. À noter que les cliniques mobiles doivent être utilisées comme une extension des établissements de santé, et non comme un programme autonome qui fournit tous les services de santé à tous les bénéficiaires. Conformément à l'objectif 1 du [DMU](#), les intervenants humanitaires doivent s'assurer que les équipes sanitaires mobiles sont bien coordonnées et intégrées aux autres programmes de santé, en veillant à ce que les canaux de référence soient utilisés de manière efficace et appropriée. Pour plus d'informations sur les cliniques / unités de santé mobiles, voir les conseils du Comité international de la Croix-Rouge : [Unités de santé mobiles : Approche méthodologique](#).



ADOLESCENT.E.S À RISQUE : ADOLESCENT.E.S EN SITUATION DE HANDICAP

D'autres moyens de fournir des services en établissement aux adolescent.e.s (équipes de santé mobiles, télémédecine, etc.) peuvent permettre d'atteindre les adolescent.e.s à mobilité réduite, tels que les adolescent.e.s en situation de handicap. Afin de garantir l'accès aux adolescent.e.s les plus vulnérables, les intervenants humanitaires doivent évaluer et adopter d'autres stratégies de proximité, mais également consulter les organisations locales travaillant avec les personnes à mobilité réduite.



Télémédecine et autres méthodes de proximité

La télémédecine, ou télé-santé, permet aux patients d'utiliser les technologies numériques (appareils mobiles ou ordinateurs) pour accéder à distance aux services de santé. La télémédecine aide les organisations de santé à surmonter les obstacles à l'accès et à améliorer l'accès aux services de santé, en particulier pour les communautés difficiles à atteindre, comme les contextes ruraux ou humanitaires. Bien que l'utilisation de la technologie puisse être prometteuse avec les adolescent.e.s, les médecins humanitaires doivent rester diligents pour continuer à mettre en œuvre de multiples modalités pour atteindre les adolescent.e.s qui n'ont peut-être pas le même niveau d'accès à la technologie et à l'information. Depuis plusieurs années, Médecins Sans Frontières (MSF) et d'autres organisations utilisent des approches de télémédecine pour fournir des services de santé aux populations touchées par les crises. Vous trouverez ci-dessous quelques façons d'utiliser la télémédecine dans des situations de crise humanitaire et les avantages de leur utilisation :

Besoin de preuves supplémentaires

Bien que certaines organisations aient documenté l'efficacité de l'utilisation de la télémédecine dans des situations de crise humanitaire, il existe peu d'études qui examinent les conséquences directes de la télémédecine sur les effets de la SSR et encore moins qui se penchent sur l'adoption de la SSR chez les adolescent.e.s. Il est important de se focaliser sur les preuves concernant les adolescent.e.s, car les solutions de télé-santé qui fonctionnent pour les adultes ne sont pas forcément adaptées aux adolescent.e.s.



La télémédecine peut être déployée rapidement (avec des ressources et des capacités adéquates).

Exemple : Pendant le typhon Haiyan, les intervenants humanitaires ont utilisé la télémédecine pour examiner les patients sur place tout en communiquant en direct avec les médecins aux États-Unis.



La télémédecine peut fournir un moyen non stigmatisant et confidentiel pour les patients de recevoir des services de SSR tels que des soins liés à l'avortement sécurisé.

Exemple : Dans le nord de la Thaïlande, des organisations communautaires ont fourni des services d'avortement par le biais d'une intervention de télémédecine qui mettait en relation les femmes qui demandaient des services d'avortement avec un professionnel formé pour les guider dans l'auto-administration de misoprostol de qualité vérifiée.



La télé-santé peut également contribuer à combler les lacunes en matière de compétences du personnel de santé.

Exemple : Au Guatemala, les infirmières de santé communautaires participent à une séance hebdomadaire de télé-éducation avec des spécialistes de l'hôpital pour enfants du Centre pour la santé globale de l'université du Colorado.



Les organisations ont combiné la télémédecine avec d'autres technologies et activités pour s'attaquer au mieux aux contraintes d'accès.

Exemple : En Jordanie, MSF a combiné la technologie 3D avec les services de télémédecine pour offrir des services de réadaptation complets aux patients souffrant de brûlures au niveau du visage et de différences au niveau des membres supérieurs.

En plus de la télémédecine, il existe des approches de m-santé et santé communautaire pour fournir des informations et des services de SSR pour adolescent.e.s. Voir [Services communautaires et plateformes de sensibilisation](#) pour plus d'informations.

Approches d'autosoins

En raison de la stigmatisation et des obstacles socio-économiques à l'accès aux soins, les adolescent.e.s peuvent préférer des approches telles que les autosoins pour préserver l'intimité et éviter les attitudes négatives et / ou le traitement par des professionnels de la santé non sensibilisés. Il est essentiel que les directeurs de SSR reconnaissent l'importance et le potentiel des autosoins, en particulier lorsqu'il est lié à des systèmes de santé fragiles dont les infrastructures et les services, les fournitures et la disponibilité du personnel de santé sont limités dans les situations de crise humanitaire. De ce fait, les soins auto-administrés peuvent jouer un rôle crucial dans l'amélioration des effets de la SSRA. Selon l'OMS, « Les autosoins sont la capacité des individus, familles, et communautés pour promouvoir la santé, éviter les maladies, maintenir la santé, et faire face aux maladies et aux handicaps avec ou sans le support d'un prestataire de soins de santé » L'étendue des interventions d'autosoins est vaste et a le potentiel d'augmenter le choix - quand il est accessible et équitable- et d'accroître les opportunités pour les adolescent.e.s, de prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leurs options de soin. Les directeurs de SSR peuvent inclure une variété d'approches d'autosoins dans le continuum humanitaire, y compris des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies; des activités de soutien et de sensibilisation entre pairs; et, plus important encore, fournir aux adolescent.e.s l'agence pour pratiquer l'automédication. Par exemple, les directeurs de SSR peuvent utiliser des interventions numériques pour améliorer les connaissances en matière de SSR, telles que l'utilisation de contraceptifs modernes pour prévenir les grossesses non désirées, et l'auto-efficacité tout en soutenant la prise en charge de l'avortement et l'auto administration de contraceptifs injectables, tels que [Sayana Press](#), après un avortement. En développant des approches d'autosoins en matière de SSRA, les directeurs de la SSR doivent équiper les adolescent.e.s des connaissances et du matériel nécessaires pour utiliser efficacement les produits de SSR et impliquer les adolescent.e.s dans la conception et la diffusion de ce matériel. De plus, les programmes doivent assurer que les adolescent.e.s aient accès à une source précise d'informations et un accès continu à un prestataire de santé quand ils en ont besoin ou désirent un soutien. Pour plus d'informations, consulter la [Directive consolidée de l'OMS sur les interventions d'autosoins pour la santé : les droits et la santé sexuelle et reproductive](#) et l'[échelle d'auto-efficacité par rapport à l'avortement](#) de l'Ipas.



ÉTUDE DE CAS

Améliorer l'autogestion de l'avortement médicamenteux via les plateformes de médias sociaux et les approches de télé-santé pendant la pandémie de COVID-19

Depuis 1973, la Bolivie autorise l'avortement dans les cas de viol, et d'inceste ainsi que pour la protection de la santé de la femme. Cependant, la majorité des avortements sont toujours pratiqués clandestinement, soit par les femmes elles-mêmes, soit avec un accompagnement. Ces comportements d'autogestion de l'AM se situent dans une zone grise de la législation nationale, pas tout à fait juridique mais aussi non criminalisée, et peuvent laisser les gens incertains quant à leurs options pour un avortement sûr ou même pour le traitement des complications liées à l'avortement.

La pandémie de COVID-19 a exacerbé la confusion et restreint encore davantage l'accès aux soins d'avortement en établissement en 2020, obligeant les ressources humaines et matérielles à se déployer selon de nouvelles modalités pour répondre aux exigences de la pandémie en matière de soins de santé. Pour les femmes et les jeunes filles tentant d'avoir accès aux services d'avortement pendant la pandémie, la distance sociale et les changements dans la prestation de services du système de santé ont entraîné des difficultés complémentaires et une réticence grandissante à se rendre dans un établissement de santé. En réponse, Ipas Bolivie a réagi rapidement pour soutenir un mouvement de médias sociaux grandit organiquement avec le slogan « Je décide ». Les bénévoles de santé communautaire formés par l'Ipas, en particulier les plus jeunes, ont commencé à utiliser les réseaux sociaux – Facebook et WhatsApp – comme un moyen plus efficace de répondre aux besoins accrus en matière de soins d'avortement engendrés par la COVID-19. Les réseaux sociaux sont particulièrement efficaces pour atteindre les jeunes femmes, qui étaient déjà moins susceptibles de se rendre dans un établissement de santé, et les utilisateurs avides de médias sociaux. Des informations sur l'avortement ont été fournies aux personnes disposant d'un code provenant des alliés du réseau afin de protéger l'intégrité des informations et l'intimité des utilisateurs. Le nombre d'utilisateurs a continué à augmenter alors que les personnes en isolation et en auto-quarantaine partageaient des nouvelles sur ces efforts. Un groupe de bénévoles, composé de jeunes, d'étudiants universitaires, de femmes au foyer, et d'autres personnes engagées en faveur du droit et de l'accès à l'avortement, a géré les mécanismes de référence du réseau, en fournissant des informations vitales sur l'autogestion de l'AM, en suivant de près et en soutenant les femmes et les jeunes filles pendant l'avortement ou les SPA jusqu'à la fin des services, et en préparant les prestataires médicaux formés et les alliés des avocats à répondre à toute plainte des autorités juridiques ou aux complications des SPA des clients.

Les bénévoles Ipas ont dévoilé qu'une adolescente de 17 ans a contacté un bénévole en utilisant la page Facebook « Je décide » pour demander des renseignements sur ses options en matière d'avortement. La cliente était enceinte de six semaines et ne disposait pas de réseau solide de soutien en raison de la distance sociale pendant la pandémie. Le jeune agent communautaire a conseillé l'adolescente sur ses options en matière d'avortement et de contraception et lui a fourni des renseignements pour ses besoins en matière d'avortement. Comme les agents communautaires en Bolivie travaillaient déjà dans un environnement quasi-juridique sur un sujet stigmatisé, les protections nécessaires pour donner des informations et délivrer des médicaments sans ordonnance étaient déjà en place. L'adolescente a utilisé les médicaments chez elle. Le procédé a duré six heures. Puis, elle s'est rendue dans un poste de santé pour choisir une méthode de contraception. Cet exemple, et d'autres provenant de situations de crise humanitaire où l'accès aux soins de santé est limité, montre comment les médias sociaux peuvent être utilisés comme une ressource vitale pour fournir des informations aux femmes et aux jeunes filles qui ont besoin de soins en cas d'avortement. De plus, il souligne la possibilité de promouvoir ou de poursuivre les stratégies d'autogestion de la santé dans les environnements où la mobilité est limitée, comme lors des épidémies ou dans les contextes où la liberté de mouvement est limitée, lorsque le système de santé publique est réticent à donner la priorité aux services de SSR et à l'avortement, même lorsque la loi le permet.

Outils d'amélioration de la qualité des installations

Les praticiens doivent comprendre quels services de SSR sont offerts aux adolescent.e.s, où ils sont proposés et la qualité de ces services afin de les fournir ou d'orienter les adolescent.e.s vers d'autres établissements pour répondre à leurs besoins en matière de SSR. Pour évaluer la qualité des services de SSR fournis aux adolescent.e.s, les bénévoles humanitaires peuvent se référer au [Chapitre 7 : Des données pour l'action](#), pour des méthodes supplémentaires de suivi et d'évaluation et des Annexes. Par exemple, l'outil de service fourni dans [l'Annexe G](#), adapté de la « Commission des femmes réfugiées » (WRC), comprend des domaines pour documenter le prestataire / installation de services, les services fournis, les personnes qui peuvent accéder à ces services, les obstacles identifiés pour les adolescent.e.s qui accèdent au service de SSR, la qualité des services fournis et des notes supplémentaires. La colonne devant fournir une brève évaluation des services est celle où les praticiens doivent examiner la qualité des services de SSR fournis, en utilisant leurs propres méthodes de contrôle des normes de qualité ou les listes de contrôle d'autre organisations.

[L'Annexe I](#) fournit une liste de contrôle des établissements de santé en matière de SSRA, qui aide le personnel humanitaire à évaluer les caractéristiques, les pratiques et les actions de l'établissement en ce qui concerne la réponse aux besoins des adolescent.e.s en matière de SSR. Cette liste de contrôle indique les obligations et responsabilités, clairement affichées, que les prestataires doivent respecter lorsqu'ils fournissent des services de SSR aux adolescent.e.s. Si les pratiques et les protocoles cliniques de l'établissement de santé n'incluent pas de conseils spécifiques aux adolescent.e.s ou n'énumèrent pas les adolescent.e.s comme faisant partie des obligations et responsabilités des prestataires pour fournir des services de SSR de qualité, y compris le respect de leurs droits en matière de SSR, alors le personnel doit modifier les conseils pour inclure ces éléments et orienter le personnel vers les dispositions ajoutées en conséquence. Pour de plus amples informations sur l'utilisation de la liste de contrôle, se référer à [l'Annexe H](#).

La liste de contrôle des établissements de santé pour la SSRA peut servir d'indicateur pour évaluer la qualité des services de SSRA fournis dans l'établissement; cependant, les organisations devraient également utiliser régulièrement des listes de contrôle des normes de qualité. Voici quelques exemples de listes de contrôle des normes de qualité permettant d'évaluer la qualité de services de SSR. Certaines de ces listes sont déjà adaptées aux adolescent.e.s, tandis que d'autres devront l'être (comme l'outil WRC ci-dessus).

- [Standards de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des soins pour les enfants et les jeunes adolescent.e.s âgés de 0 à 15 ans dans les structures de santé;](#)
- [Qualité des soins de l'OMS dans l'information et services de contraception;](#)
- [Qualité des soins de l'OMS pour la santé maternelle et néonatale : Un cadre de suivi pour les pays du réseau.](#)



Outils et ressources de conseil

Cette section propose au personnel de santé hospitalier et aux ASC différents outils de conseil et principes directeurs fondamentaux relatifs au conseil intégré sur les services de SSR destinés aux adolescent.e.s. Des ressources supplémentaires pour les agents des services de santé communautaire et d'autres systèmes de santé communautaire sont disponibles dans la section [Plateformes de services et d'engagement communautaires](#). Les outils inclus ou mentionnés ci-dessous fournissent des orientations sur les composantes clés du conseil aux adolescent.e.s par le biais de différentes méthodes et différents mécanismes (listes de contrôle, évaluations, cartes aide-mémoire, etc.).

En quoi le conseil aux adolescent.e.s diffère-t-il du conseil à d'autres catégories de patients ?

Comme nous l'avons vu précédemment, des adolescent.e.s ont cité des expériences négatives liées à l'attitude des prestataires ou au manque de compétences ou de connaissances de ces derniers comme des obstacles majeurs à la demande ou l'acceptation de services de SSR. Il est donc fondamental que les prestataires de santé comprennent mieux comment parler aux adolescent.e.s, comment les conseiller et comment les aider. Les orientations ci-dessous aident à identifier un certain nombre de différences et la façon dont les praticiens peuvent offrir des conseils répondant plus précisément aux besoins des adolescent.e.s. Dans la mesure où les adolescent.e.s sont confrontés à d'innombrables obstacles en termes d'accès aux soins de santé, les prestataires de santé saisiront cette opportunité pour fournir des soins holistiques ou orienter le patient vers un spécialiste, comme mentionné au [Chapitre 5 : Aller au-delà des services de santé](#). Si les prestataires de santé repèrent des signes de dépression, de tendance suicidaire, de VBG ou de tout autre facteur de risque, il devra prendre les mesures adaptées conformément aux principes internationaux de protection de l'enfance. Il est également important de noter que conseiller un adolescent.e sur ses besoins SSR ne peut pas être considéré comme une thérapie, et que les prestataires de santé en première ligne devraient orienter vers des références de spécialistes.

Save the Children, en consultation avec un sous-groupe de travail IAWG sur la SSRA, a identifié cinq principes pour créer une atmosphère de confiance dans le cadre du conseil aux adolescent.e.s.

Ces principes sont alignés avec d'autres orientations de conseil aux adolescent.e.s, mais ne sont pas les seuls. À l'image d'autres orientations et outils de cette boîte à outils, ces principes de conseil et les orientations connexes doivent être contextualisés, c'est-à-dire que les personnes réalisant des sessions de conseil devront utiliser un langage adapté et pertinent pour la culture et la communauté concernées. Ces cinq principes ont pour objectif d'aider le personnel de santé (prestataires de services, agents de services de santé communautaire, travailleurs sociaux) à créer un environnement plus sécurisant, convivial et ouvert pour les adolescent.e.s en quête de services de SSR. Les ressources de conseil de Save the Children ont fait l'objet d'un pilote en Colombie. Il est prévu de lancer des pilotes dans les autres pays bénéficiant d'un programme d'urgence SSR. Pour plus d'informations sur ces principes et sur la formation à ces principes, Save the Children a développé, à destination des prestataires de services, un [programme de formation](#) d'une demi-journée sur la façon de conseiller les adolescent.e.s en matière de méthodes contraceptives.

Cinq principes pour créer une atmosphère de confiance dans le cadre du conseil aux adolescent.e.s

1. Adopter une attitude respectueuse et neutre avec tout patient adolescent
2. Écouter activement et montrer de l'intérêt pour l'adolescent.e
3. Assurer l'intimité et la confidentialité du patient adolescent.e
4. Utiliser des termes et des ressources d'aide qui sont adaptés aux adolescent.e.s
5. Consacrer plus de temps à l'accompagnement des patients adolescent.e.s

1 Adopter une attitude respectueuse et neutre avec tout patient adolescent.e

- a. Il est crucial de vous-même vous présenter d'une manière respectueuse, c'est la première étape pour offrir un environnement sécurisant et faire tomber d'éventuelles barrières comme la honte et la stigmatisation. Utiliser un langage simple et des termes précis. Par exemple : « Bonjour, je m'appelle Shirin. Ces cinq dernières années, j'ai travaillé dans différents domaines de la santé, comme les soins aux femmes enceintes, la contraception, l'avortement, les IST et les violences sexuelles. J'ai par exemple rencontré des adolescentes lesbiennes et des jeunes gay, bisexuels ou transsexuels, et des enfants victimes d'agressions sexuelles. » Privilégier un langage déstigmatisant rassure les adolescent.e.s, les invite à vous faire confiance en tant que prestataire de santé et leur montre qu'ils sont au bon endroit pour accéder à des services de SSR.
- b. Il est recommandé aux prestataires de poser des questions générales pour mettre l'adolescent.e plus à l'aise. Par exemple : « Comment vas-tu ? » « Que fais-tu pour te détendre ? » plutôt que : « Pourquoi es-tu ici ? »
- c. Les prestataires doivent également respecter l'autonomie des adolescent.e.s, y compris pour le choix de la méthode contraceptive ou le choix du prestataire, dans la mesure du possible. Les prestataires éviteront de faire des suppositions sur le degré d'activité sexuelle du patient (en partant par exemple du principe qu'un adolescent.e ayant des troubles cognitifs ou un handicap physique n'est pas sexuellement actif), ou sur ses préférences sexuelles (voir [Utiliser un langage non sexiste et non stigmatisant](#)).
- d. Il est important d'identifier et d'avoir conscience des biais et perceptions du personnel afin de savoir gérer ces attitudes dans le cadre du conseil à autrui. [Les exercices CVTA](#) constituent une excellente ressource pour identifier les attitudes et biais du personnel.

Utiliser un langage non sexiste et non stigmatisant

Étant donnée la vulnérabilité des adolescent.e.s en situations de crise humanitaire, il est important que les prestataires utilisent un langage inclusif et s'abstiennent de toute forme de discrimination et de stigmatisation. Vous trouverez ci-dessous des exemples de langage inclusif, non sexiste et non stigmatisant que les prestataires peuvent utiliser lors du premier contact avec des adolescent.e.s :

À FAIRE	À NE PAS FAIRE
Dire : « votre prochain rendez-vous patiente dans la salle d'attente » ou utiliser une tournure de phrase de genre neutre. Par exemple : « Votre rendez-vous de 15h est arrivé. »	Éviter les termes et pronoms genrés lorsqu'on s'adresse à un adolescent.e pour la première fois ou lorsqu'on parle d'un patient à un autre membre du personnel. Éviter l'utilisation de « it », si l'anglais est utilisé, pour parler d'une personne.
Demander : « Comment puis-je t'aider ? » Dire : « Par respect pour toi, j'aimerais savoir comment tu souhaites que je m'adresse à toi. » Utiliser les termes et pronoms que l'adolescent a choisis pour se décrire.	Éviter de supposer l'identité de genre d'un adolescent et d'utiliser des termes et pronoms genrés. Éviter d'utiliser « monsieur », « madame », « mademoiselle ».
Demander : « Tu es en couple ? » Utiliser les mots que l'adolescent.e utilise pour décrire son ou sa partenaire. Par exemple, si un adolescent.e parle de sa « copine », utiliser « ta copine » dans la suite de la conversation.	Éviter de demander : « Tu as un petit ami / une petite amie ? Un mari / une femme ? » Éviter de dire : « ton ami(e) ».
Privilégier des expressions faciales et un langage verbal et corporel positifs et chaleureux.	Éviter de montrer de la désapprobation, d'utiliser un langage irrespectueux ou des expressions faciales négatives, de fixer du regard ou de montrer de la surprise face à l'apparence physique d'une personne, ou de persifler sur l'apparence physique ou le comportement d'un adolescent.e.
Expliquer que le genre de l'adolescent.e restera confidentielle et qu'il sera divulguée uniquement si cela s'avère nécessaire pour préserver sa santé.	Éviter de dévoiler le genre d'un adolescent.e, sauf si cela s'avère nécessaire pour préserver sa santé.
Demandez-vous : « Ma question est-elle utile pour les soins à apporter à ce patient, ou est-ce que je cherche plutôt à satisfaire ma propre curiosité ? » Demandez-vous : « Qu'est-ce que je sais ? » « Qu'est-ce que j'ai besoin de savoir ? »	Éviter de poser des questions par simple curiosité.
Lorsque vous présentez des résultats d'analyse, dites : « en bonne santé » ou « VIH négatif ».	Éviter les mots stigmatisants. Éviter par exemple de dire : « normal » ou « propre ». Éviter de divulguer les résultats de test d'un adolescent.

Pour en savoir plus sur le langage non sexiste et inclusif, consulter les ressources suivantes : National LGBT Health Education Center, [Providing Inclusive Services and Care for LGBT People](#), Essential Access Health, [Providing Inclusive Care for LGBTQ Patients](#) et [Inclusion of Diverse Women and Girls Guidance Note](#), de l'IRC.

2 Écouter activement et montrer de l'intérêt pour l'adolescent.e

- e. Composantes de l'écoute active :
 - i. **Le silence** qui permet d'entendre les inquiétudes et les questions du patient;
 - ii. **La paraphrase** pour montrer au patient que ce qu'il a dit a été entendu et compris, et l'encourager à poursuivre;
 - iii. **Les questions de clarification** qui visent à mieux comprendre ce qu'a dit le patient.
- f. S'asseoir dans une position qui permettra à l'adolescent.e de choisir s'il veut établir un contact visuel ou non. En tant que prestataire, il est important que vous mainteniez le contact visuel lorsque vous parlez à l'adolescent.e ou lorsque vous l'écoutez. Si l'adolescent.e ne vous regarde pas dans les yeux, ne vous découragez pas. Ce comportement peut être lié à sa culture ou à un sentiment de gêne.
- g. Les adolescent.e.s vivent de nombreux changements qu'ils peuvent ne pas comprendre. Ils peuvent avoir des questions sur ces changements, mais avoir peur de les poser. Il est donc très important que l'adolescent.e sente que vous vous intéressez à ses inquiétudes, ses peurs et ses questions. Utiliser la technique d'écoute active et établir un contact visuel tout au long de la séance de conseil sont de bons moyens de montrer votre intérêt à l'adolescent.e. En offrant une atmosphère calme, ouverte, et accueillante, l'adolescent.e sera plus disposé à partager.

3 Assurer l'intimité et la confidentialité du patient adolescent.e

- a. L'intimité concerne l'environnement physique (l'intimité auditive et visuelle) du patient. Nous voulons nous assurer que tout ce qu'ils partagent ne sera pas entendu par d'autres personnes.
 - i. Pendant l'accompagnement des patients adolescent.e.s, les prestataires doivent leur parler dans un cadre où l'intimité visuelle et auditive peut être garantie et où les adolescent.e.s se sentent à l'aise. À l'exception des situations qui sauvent des vies, les humanitaires doivent faire particulièrement attention à garantir la confidentialité et l'intimité des survivants de la VBG, des adolescentes qui recherchent des services d'avortement, et des populations OSIG.
 - ii. Selon le [Principe de capacité](#), les adultes ne sont pas tenus d'être dans la pièce pendant une séance d'accompagnement. Le personnel soignant peut faire confiance aux adolescent.e.s et suivre l'exemple des adolescent.e.s pour savoir s'ils préfèrent ou non un parent ou le responsable de l'enfant présent au moment de l'accompagnement et de la prestation des services. Si l'adolescent.e veut que quelqu'un soit présent, permettez-le, mais faites preuve de discrétion et assurez-vous qu'il n'y ait pas de coercition.
 - 1. Le personnel soignant peut utiliser d'autres options pour rassurer le parent ou le responsable de l'enfant. Par exemple, sans rompre la confidentialité, le prestataire peut rassurer le parent / responsable de l'enfant en lui fournissant une brève mise à jour du statut de santé de l'adolescent.e en lui / elle indiquant s'il / elle est sain et sauf.
- b. La confidentialité est liée à l'intimité car nous voulons être sûrs que tout ce qui est partagé au sein de ces paramètres privés restent privés, ce qui signifie que nous ferons en sorte que cette information ne soit partagée à personne d'autre. Concernant la confidentialité, tous les prestataires de services doivent accepter et signer la politique de confidentialité. Ils ne doivent donc parler d'aucun aspect du rendez-vous avec d'autres personnes. Même si le prestataire a besoin de consulter un autre membre du personnel à propos des méthodes d'accompagnement, l'identité du patient doit être protégée quoi qu'il arrive.

- i. Il est tout aussi important pour les prestataires de communiquer clairement sur ce que l'on entend par « confidentialité » pour s'assurer que l'adolescent.e comprend le concept. De la même façon, toute information recueillie sur le patient doit être conservée et gardée en permanence dans un endroit sûr (sous clé), et le moment venu devra être détruite pour tout éliminer.
- ii. Lorsque l'on parle de confidentialité auprès de l'adolescent.e, il est également primordial que les prestataires soient honnêtes par rapport aux restrictions médico-légales.

4 Utiliser des termes et des ressources d'aide qui sont adaptés aux adolescent.e.s

- c. Il peut être compliqué d'expliquer les termes de la SSR à des adultes. S'imaginer les faire comprendre à des adolescent.e.s, surtout s'ils n'ont jamais entendu ces mots avant votre séance.
 - i. Par exemple, si vous dites à un adolescent.e que votre conversation est confidentielle, il pourrait ne pas comprendre ce que cela signifie. À la place, vous devriez utiliser des mots qu'ils connaissent. Le prestataire pourrait dire : « Tout ce que tu voudras bien partager pendant notre conversation restera entre nous. C'est un espace sûr. »
- d. Se rappeler d'adapter vos mots et vos formulations selon les besoins et les capacités du patient adolescent.
 - i. La manière dont vous expliquez les menstruations à un très jeune adolescent.e devrait être différente de la manière dont vous l'expliquez à une adolescent.e plus âgée. Être prêt à ajuster les explications pour s'assurer de leur compréhension.
 - ii. Les adolescent.e.s hésiteront peut-être à poser des questions à propos de leur corps ou des services qu'elles souhaitent consulter. Certains d'entre eux peuvent avoir des difficultés à comprendre des explications verbales et écrites à cause de troubles cognitifs, de difficultés linguistiques, ou d'autres facteurs. Se servir de [documents](#) illustrés et de produits en rapport avec la SSR qui sont faciles à utiliser, sont des moyens pour surmonter ces défis.

5 Consacrer plus de temps à l'accompagnement des patients adolescent.e.s

- a. Comme nous l'avons démontré dans les quatre points précédents, la plupart de ces facteurs à prendre en compte exigent plus de temps chez les adolescent.e.s que chez d'autres patients.
- b. Les prestataires devraient réserver un temps supplémentaire aux rendez-vous des adolescent.e.s pour être en mesure de les accueillir convenablement, de les mettre à l'aise, de répondre à leurs questions dans des termes qu'ils comprennent, et de leur fournir tous les informations et optiques dont ils / elles ont besoin pour pouvoir faire un choix en toute connaissance de cause.
- c. Le principe de « ne pas nuire » est extrêmement important quand l'on travaille avec des adolescent.e.s. Assurez-vous de continuer vos efforts. Par exemple, si vous avez établi une relation de confiance et que l'adolescent commence à dévoiler des informations sur des sujets délicats, faites en sorte de rester avec lui jusqu'au bout et d'apporter le soutien nécessaire et les références dont il pourrait avoir besoin. En tant que prestataire, si vous décidez de terminer la séance plus tôt que ce que l'adolescent.e avait prévu, cela peut le blesser et lui causer de la déception, de la confusion, et une impression encore plus intense de solitude et d'impuissance.

- d. Pour terminer le rendez-vous, il peut être utile de poser une question ouverte sur ses autres préoccupations ou interrogations. Par exemple : « Y a-t-il autre chose dont tu voudrais parler et / ou as-tu d'autres questions ? » Il peut s'avérer intimidant pour un / une adolescent.e de demander conseil, alors leur poser une question ouverte en fin de séance peut lui permettre de demander ou de donner des informations qui le mettaient mal à l'aise en début de séance, mais également de lui / elle donner l'opportunité de le / la rediriger vers d'autres services dont il / elle pourrait avoir besoin ou qu'il / elle sollicite.
 - i. Accepter le fait que certains adolescent.e.s ne souhaiteront pas accéder à d'autres services. Par exemple, certaines victimes de violence sexuelle n'auront pas forcément envie d'être suivies par le SMSPS.
 - ii. Enfin, avant la prochaine séance de suivi programmée, relisez vos notes du précédent rendez-vous. Cela donne une certaine identité au patient adolescent.e (il n'est pas juste considéré comme un numéro de plus ou le prochain dans la file d'attente) et permet de rétablir un environnement de confiance.

Quelles sont les autres ressources d'accompagnement que l'on peut utiliser pour les patients adolescent.e.s ?

Les cinq principes exposés ci-dessus donnent, dans l'ensemble, un aperçu de la complexité qu'il y a à accompagner les adolescent.e.s. Vous trouverez ci-dessous des outils qui permettront d'accéder à une aide détaillée pour savoir comment assurer un accompagnement et des conseils de qualité auprès des adolescent.e.s et des groupes hétérogènes d'adolescent.e.s.

La liste BERCER (Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour)

Au vu de l'augmentation des risques auxquels font face les adolescent.e.s pendant des crises, il est crucial de prendre le temps de mener à bien des évaluations individuelles pour pouvoir identifier ceux qui sont confrontés à de plus en plus de risques. Il faut ensuite être en mesure de les prendre en charge immédiatement ou de les orienter vers des dispositifs de soutien dès que la situation le permet. Le BERCER (GATHER en anglais) (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour) peut être utilisé dans les formations et par les prestataires de santé pour faciliter les séances de conseil aux adolescent.e.s et la prise de décision éclairée sur la santé et les services de SSR. Les questions et actions du guide en [Annexe J](#) ont été adaptées de manière à s'adapter aux patients adolescent.e.s et à fournir des exemples du contenu de l'évaluation BERCER dans un contexte d'urgence.

Liste d'évaluation des compétences du suivi de la SSRA

Une liste de suivi donne l'opportunité pour les conseillers de mettre leurs compétences en pratique. Une liste d'évaluation des compétences peut être utilisée pour s'exercer, pour la supervision de soutien et les visites de encadrement, de même qu'un guide d'auto-évaluation auquel les conseillers peuvent se référer pour améliorer leurs compétences. L'IAFM et d'autres ressources (par exemple : [le Manuel de planning familiale de l'OMS](#)) incluent des conseils supplémentaires pour fournir des informations de qualité et scientifiquement fiables, ainsi qu'un accompagnement aux services de la SSR et du DMU. L'organisation Pathfinder International a créé une [liste d'évaluation des compétences d'accompagnement](#) que les agents de santé peuvent utiliser comme guide rapide durant toutes les étapes d'une intervention d'urgence humanitaire.

Aide-mémoires et tableaux de papier pour l'accompagnement à la SSR

Les cartes aide-mémoires illustrées, les brochures et les tableaux de papier sont des outils qui permettent de renforcer la communication entre un conseiller et un / une adolescent.e. Cela aide les conseillers locaux notamment à se rappeler des informations essentielles et des messages, et à les consolider tout en aidant les adolescent.e.s à conceptualiser ces informations. La compilation de ressources exposée ci-dessous simplifie les procédés de communication appropriés aux adolescent.e.s, en transmettant, par des illustrations, les concepts essentiels de la santé reproductive. Toutes les ressources sont fiables et peuvent être adaptées à tous les contextes.

- Population Council, [Stratégie du Conseil Équilibré Plus : Un guide pour les prestataires de services de planification familiale travaillant dans des environnements à prévalence élevée de VIH / IST](#) (troisième édition) comprend des cartes de conseil et des brochures de méthode afin de susciter des discussions lors d'une visite dans un établissement de santé;
- Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires du planning familial de l'OMS, [Outil de conseil au choix en matière de procréation et planning familial pour les personnes vivant avec le VIH](#), et [Guide de la planification familiale à l'usage des agents de santé communautaires et de leurs clients](#) sont des outils faciles à utiliser et à adapter à votre contexte;
- Les cartes aide-mémoire de conseils pour adolescent.e.s sur la contraception [de Pathfinder](#) sont conçues pour aider un ensemble de prestataires de services communautaires et institutionnels à conseiller les adolescent.e.s sur leurs options contraceptives;
- L'outil d'évaluation et de conseil sur l'âge et les étapes de la vie des adolescent.e.s [d'USAID](#) comprend une compilation de cartes de conseils pour les agents de santé qui traitent et conseillent les patients adolescent.e.s. L'objectif de ces ressources est d'aider les prestataires de soins de santé à utiliser la séance de conseil comme une occasion pour soutenir le patient de manière globale.

Facteurs à prendre en compte pour fournir des conseils aux adolescent.e.s survivant.e.s de la violence basée sur le genre

Les [directives pour l'intégration d'interventions ciblant la VBG dans l'action humanitaire](#) du Comité permanent interorganisations (IASC) indiquent que les agents humanitaires doivent tenir compte du fait que la VBG se produit dans toute situation d'urgence humanitaire et doivent prendre des mesures pour y remédier, avec ou sans la présence de données sur sa portée et son impact. La VBG est une préoccupation majeure pour la santé



et les droits et fait partie de la définition intégrée de la SSR. Les services de santé sont souvent le premier – et parfois le seul – point de contact pour les survivants qui demandent de l'aide en cas de VBG. Bien que le Cluster Protection soit responsable de la coordination de la réponse à la VBG, l'atténuation et la gestion des conséquences de la violence sexuelle sont confiées au Cluster Santé. Fournir des informations aux survivants de manière sûre, éthique et confidentielle, y compris des informations sur leurs droits et les options de déclaration, les risques associés à la déclaration et la manière d'accéder aux services appropriés, est une obligation pour les prestataires de première ligne et tous les acteurs humanitaires.

Quelles sont les meilleures pratiques pour conseiller les survivantes de VBG ?

Bien que les preuves d'un dépistage universel de la VBG dans les contextes humanitaires soient devenues un sujet de débat, les Directives pour l'intégration des interventions de lutte contre la VBG dans l'action humanitaire recommandent que tous les praticiens et prestataires de services non spécialisés dans la violence basée sur le genre qui interagissent avec la population affectée soient formés aux éléments clés de l'approche centrée sur les survivants pour la promotion des normes d'éthique et de sécurité (voir ci-dessous). Sinon, les survivants peuvent être confrontés à un risque accru de violence supplémentaire et de stigmatisation de la part de leurs pairs, de leurs partenaires, de leur famille ou des membres de la communauté. Une approche centrée sur le survivant « vise à créer un environnement favorable dans lequel les droits du survivant sont respectés et dans lequel la personne est traitée avec dignité et respect. Cette approche contribue à promouvoir le rétablissement du survivant et sa capacité à identifier et à exprimer ses besoins et ses souhaits, ainsi qu'à renforcer sa capacité à prendre des décisions sur les interventions possibles ». Il est important de noter que dans les situations de crise humanitaire, les auteurs adolescent.e.s peuvent avoir eux-mêmes subi des violences sexuelles. Ces auteurs adolescent.e.s sont également traumatisés et ont besoin de services de conseil et de soutien.

Ainsi, l'application de cette approche et des principes de base de la VBG par tous ceux qui sont engagés dans la programmation et la prestation de services de SSR doit donner la priorité aux droits, aux besoins et aux souhaits du survivant.

Éléments clés de l'approche centrée sur les survivante.e.s pour la promotion des normes d'éthique et de sécurité

Les [Directives du IASC pour les interventions contre la VBG dans les situations](#) humanitaires décrivent les éléments clés d'une approche centrée sur les survivante.e.s pour les programmes liés à la VBG.

- **Sécurité** : La sécurité et la sûreté des survivante.e.s et d'autres personnes, comme leurs enfants et ceux qui les ont aidés, doivent être la priorité numéro un pour tous les acteurs. Les personnes qui dévoilent un incident de VBG ou des antécédents de violence sont souvent exposées à un risque élevé de violence supplémentaire de la part de l'auteur / des auteurs de la violence ou d'autres personnes de leur entourage.
- **Confidentialité** : la confidentialité repose sur le postulat que les individus ont le droit de choisir à quelles personnes ils parleront ou non de leur histoire. Maintenir la confidentialité signifie ne pas divulguer d'informations à tout moment à une partie quelconque sans le consentement éclairé de la personne concernée. La confidentialité favorise la sécurité, la confiance et l'autonomisation.
- **Respect** : le / la survivant est l'acteur principal, et le rôle des aidants est de faciliter le rétablissement et de fournir des ressources pour la résolution des problèmes. Toutes les mesures menées doivent être guidées par le respect des choix, des souhaits, des droits et de la dignité du survivant.
- **Non-discrimination** : les survivante.e.s de la violence doivent recevoir un traitement égal et équitable, quels que soient leur âge, leur sexe, leur race, leur religion, leur nationalité, leur appartenance ethnique, leur orientation sexuelle ou toute autre caractéristique.

Lors des séances de conseil, l'OMS encourage les prestataires de soins de santé à aborder le sujet de la VBG avec les patient.e.s qui présentent des blessures, des symptômes ou des comportements qu'ils soupçonnent d'être liés à la violence. La responsabilité du prestataire est de « ne pas faire de mal »; il doit encourager la conversation si l'on soupçonne que les blessures ou les symptômes sont liés à la violence et orienter le / la patient vers des prestataires ayant une formation sur la prise en charge clinique du viol et d'autres services de protection et de lutte contre la VBG. [L'outil de dépistage de la VBG de l'IRC](#) s'est révélé précieux dans plusieurs contextes humanitaires lorsqu'il est mis en œuvre selon les meilleures pratiques établies; cependant, si le contexte local n'est pas approprié, cet outil de dépistage ne doit pas être utilisé car il pourrait faire plus de mal. De nombreux survivant.e.s ne dévoilent pas la violence à un prestataire de soins de santé (ou à tout autre prestataire) par crainte des répercussions, de la stigmatisation et la honte sociales, du rejet de leurs partenaires / famille, et pour d'autres raisons. Les survivants peuvent être involontairement découragés de demander de l'aide pour des problèmes de santé liés à la VBG pour un certain nombre de raisons, notamment :

- si le / la survivant pense qu'il / elle ne veut pas révéler son traumatisme lié à la VBG, respectez sa décision;
- si le prestataire ne pose pas les bonnes questions;
- si les supports de communication de l'établissement n'indiquent pas clairement les types de services qui sont disponibles et qu'ils sont accessibles à tous;;
- si le prestataire fait des remarques ou implique d'une autre manière que la déclaration de la VBG ne sera pas reçue avec respect, sympathie et confidentialité.

Il y a une limite ténue que les prestataires doivent respecter tout en offrant des soins - ne pas surcharger le client avec des questions et déclencher un nouveau traumatisme est primordial. Bien que l'OMS encourage à soulever le sujet de la VBG, elle conseille également de ne jamais soulever la question de la violence sauf si l'adolescent.e est seul, même si le client est avec un ami ou un membre de la famille, car ils pourraient être l'agresseur. Il est conseillé aux prestataires de poser des questions sur la violence avec empathie et sans porter de jugement et d'orienter les clients, s'ils le souhaitent, vers divers services de protection, de lutte contre la VBG et de SMSPS. Par exemple, les adolescent.e.s ayant survécu à des violences sexuelles ou les adolescent.e.s qui luttent avec leur identité sexuelle peuvent avoir besoin d'une thérapie et présenter cette option de soutien est l'un des nombreux services qu'un agent de santé peut fournir. En outre, comme pour toute séance de conseil, les prestataires doivent utiliser un langage approprié et adapté à la culture et à la communauté dans lesquelles ils travaillent. Par exemple, certains adolescent.e.s peuvent ne pas aimer les mots « violence » et « abus ». Il est important d'utiliser les mots que les adolescent.e.s eux-mêmes utilisent. Les cultures et les communautés ont des façons de désigner le problème avec d'autres mots, et les organisations peuvent consulter les chefs de communauté et les adolescent.e.s sur la meilleure terminologie à utiliser.

En résumé, les responsables de la SSR doivent mettre en place les exigences minimales suivantes pour poser des questions sur la VBG (comme la violence du partenaire intime), à savoir : élaborer / adhérer à un protocole / une procédure opérationnelle standard, dispenser une formation sur la manière de poser aux adolescent.e.s des questions sur les traumatismes liés à la VBG, garantir un cadre privé et la confidentialité, et établir / garantir la mise en place de systèmes de référence. Les agents de santé peuvent utiliser [la méthode LIVES de l'OMS](#) qui guide les prestataires à écouter, se renseigner sur les besoins, valider, renforcer la sécurité et apporter un soutien en coordonnant les procédures de référence confidentielles entre les services de santé, les services psychosociaux, les services de sécurité et les services de protection. Les praticiens humanitaires et les agents de santé qui s'engagent activement auprès des populations touchées doivent disposer d'une documentation indiquant où orienter les adolescent.e.s survivants. N'oubliez pas que les victimes de la VBG ont souvent besoin d'une orientation multisectorielle, et il est important de savoir où orienter les adolescent.e.s (voir [Liens multisectoriels et voies d'orientation](#) pour les outils et plus d'informations).

Ressources supplémentaires sur la VBG

Il existe plusieurs ressources clés pour les travailleurs de la santé et les responsables de la SSR qui fournissent des conseils sur les normes minimales en matière de VBG dans les situations de crise humanitaire, notamment des conseils sur le dépistage de la VBG, les premiers secours psychologiques, la SMSPS, ainsi que des directives sur l'intégration des femmes, des adolescentes, des personnes en situation de handicap et des populations OSIG. En raison du grand nombre de documents d'orientation inclus, nous avons fourni les ressources supplémentaires sur la VBG dans [l'Annexe K](#).

Les services communautaires et plateformes de proximité

Cette section se construit sur le [chapitre de Participation significative](#). Elle fournit une orientation concrète sur la manière dont les intervenants humanitaires peuvent s'engager auprès des adolescent.e.s à travers des services de santé communautaires et des stratégies de changement social et du comportement (CSC) qui favorisent des niveaux de participation plus élevés tout au long du continuum humanitaire, créant ainsi un environnement favorable et augmentant la demande de services SSRA. Il existe plusieurs plateformes de proximité et de CSC et des stratégies de communication que les intervenants humanitaires peuvent utiliser pour faire participer les adolescent.e.s et leurs communautés lors des situations d'urgence. Les recherches montrent que les programmes de CSC basés sur des preuves permettent d'accroître les connaissances, de modifier les attitudes et de produire une variété de changements de comportement, y compris en matière de SSRA. Pour aider à améliorer la conception et la mise en œuvre des activités de CSC, y compris de nombreuses plates-formes de sensibilisation des communautés décrites dans ce chapitre, la [boîte à outils pour la mise en œuvre du CCSC en SSR pour les adolescent.e.s en milieu urbain](#) sert de guide tout au long du processus, tout comme la [boîte à outils du CCSC pour la préparation aux situations d'urgence](#).

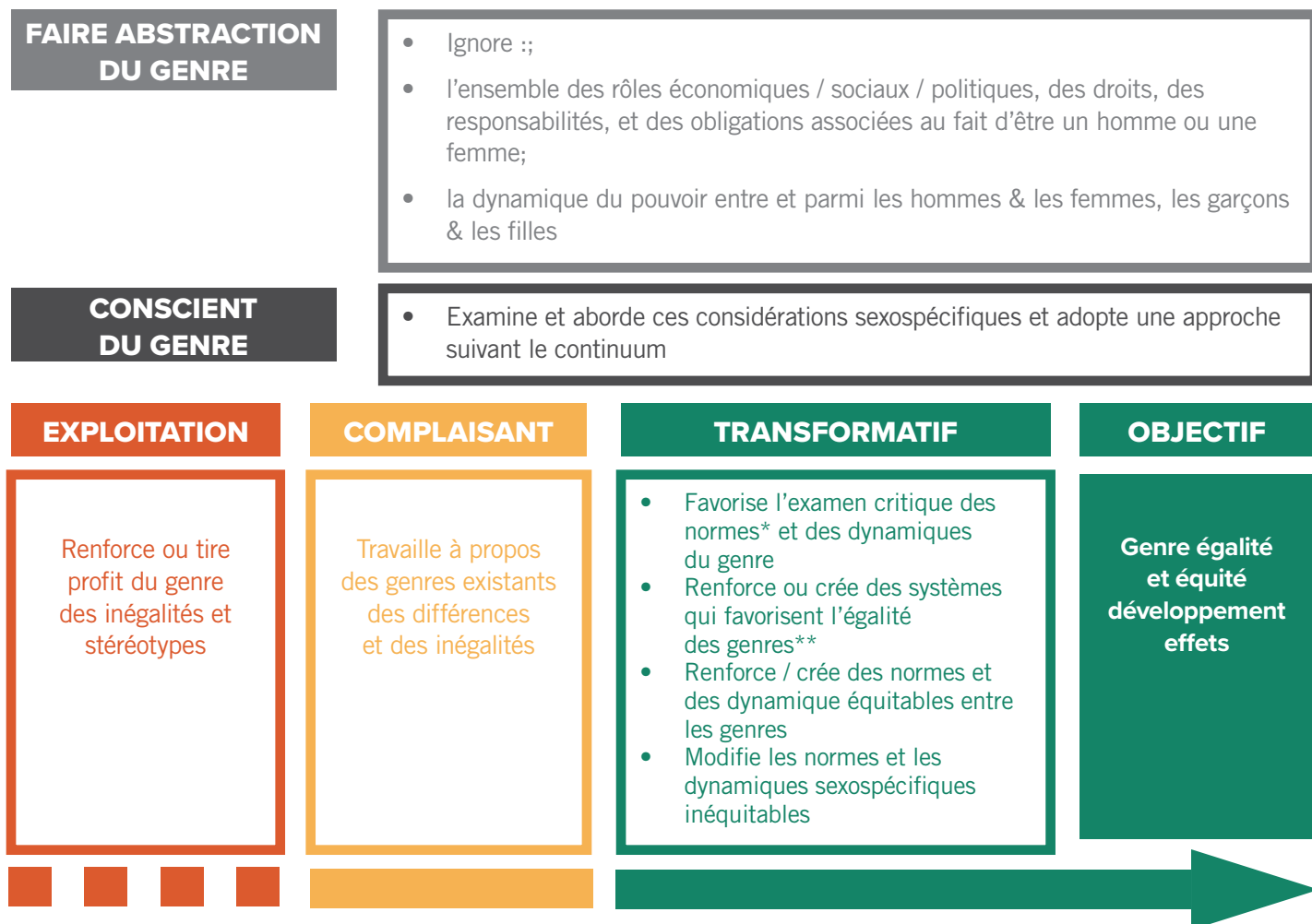
MESSAGE CLÉ

En plus d'adopter des stratégies de CSC, tous les programmes de SSR (même les activités communautaires) devraient inclure une perspective d'intégration du genre. Les programmes et les politiques d'égalité de sexes examinent et abordent délibérément les résultats attendus en matière de genre, tant au niveau de la conception que de la mise en œuvre. Une condition essentielle pour toutes les activités intégrant la dimension de genre est d'être consciente de cette dimension. Les praticiens reconnaissent de plus en plus que l'engagement des hommes et des garçons aux côtés des femmes et des filles dans les programmes de SSR est fondamental pour lutter contre l'inégalité des sexes et réaliser la SSR et les droits de tous. L'IRC fournit un exemple humanitaire d'équipement des adolescent.e.s en compétences de vie pour influencer positivement les attitudes de genre à partir de leur [projet Girl Empower](#). Cependant, la plupart des preuves existantes dans ce domaine proviennent de contextes plus stables et à faible revenu, notamment les approches de [Communauté de pratique Youth Power pour le Genre et le Développement positif de la jeunesse](#) et du [site web de l'Institut de la santé reproductive \(IRH\)](#). Le Bureau de référence pour la Population pour le groupe de travail interagences sur le genre (IGWG) a élaboré des directives spécifiques sur la manière [d'impliquer les hommes et les garçons dans les programmes de promotion de la santé et d'équité entre les sexes](#).



Le groupe de travail interagences sur le genre a élaboré un module de formation à l'intention des concepteurs et des responsables de la mise en œuvre des programmes afin de leur permettre de planifier l'intégration du genre dans leurs programmes ou leurs politiques. Une partie de ce module est leur [Outil de continuum de l'égalité des sexes](#), qui montre comment les praticiens peuvent passer d'une programmation sexiste à une programmation non sexiste – avec pour objectif l'égalité et de meilleurs résultats de développement (voir la figure N ci-dessous).

Figure N : Outil de continuum de l'égalité entre les sexes



Cette section se concentre sur les différentes activités communautaires et les stratégies de proximité que les intervenants humanitaires peuvent mettre en œuvre en dehors de l'établissement de santé :



1. Engager des adolescent.e.s / la jeunesse comme premiers intervenants



2. Organisations locales et organisations dirigées par la jeunesse



3. Santé de la communauté



4. Communications, médias et technologie

En outre, il existe des stratégies à long terme à mettre en œuvre au sein de la communauté (en coordination avec d'autres secteurs) pour une programmation globale en matière de SSR. La boîte à outils a inclus quelques-unes de ces stratégies dans [Passage de la phase aiguë à la phase globale](#).



1. Engager les adolescent.e.s / la jeunesse comme premiers intervenants

Comme indiqué dans l'IAFM et dans le [Chapitre 3 : Participation significative](#), il est essentiel que les acteurs humanitaires reconnaissent non seulement les besoins des adolescent.e.s dans les situations d'urgence, mais aussi leur capacité à contribuer à tous les niveaux du cadre d'intervention humanitaire et au sein de leurs propres communautés.

Une façon de progresser vers des décisions partagées entre adolescent.e.s / la jeunesse et adultes (voir [l'outil de participation des fleurs](#)) est d'engager les adolescent.e.s et la jeunesse comme premiers intervenants dans une situation d'urgence humanitaire. La terminologie utilisée pour cet engagement peut varier selon les contextes et les organisations. Par exemple, de nombreuses organisations humanitaires peuvent utiliser le terme « jeunesse bénévole » pour désigner un jeune qui fournit des préservatifs à ses pairs, tandis qu'une agence de développement peut utiliser le terme « pair leader » ou « fournisseur homologue ». Plusieurs organisations ont élaboré des boîtes à outils, des documents d'orientation et des ressources de formation pour leurs modèles respectifs de la jeunesse ou des pairs. Pour des conseils détaillés et des ressources supplémentaires sur ces approches, consultez [le document de la Fédération internationale pour la planification familiale \(IPPF\) Included Involved Inspired : A Framework for Youth Peer Education Programmes](#), [la boîte à outils pour l'éducation de la jeunesse par les pairs : Normes pour les programmes d'éducation par les pairs](#) de FHI 360 et le site internet de Y-PEER pour plus de directives.

Aux fins de cette boîte à outils, on s'intéressera à la manière dont les intervenants humanitaires peuvent travailler avec la jeunesse s'ils choisissent de les engager dans des activités de SSR et de sensibilisation de la communauté.

Plus vous en savez : modèles pour la jeunesse et les pairs

Le travail avec les pairs leaders et les bénévoles de la jeunesse est un élément d'un programme de SSRA et devrait être combiné avec d'autres efforts pour augmenter les connaissances en matière de SSR et l'utilisation des services. La formation entre pairs n'a pas été évaluée dans les situations d'urgence et peut encore être un modèle efficace compte tenu de l'accès limité aux services. Bien que le modèle de l'éducateur pair contribue à un important partage d'informations entre les adolescent.e.s, des données des contextes de développement indiquent qu'il n'est pas efficace pour améliorer le changement de comportement en matière de SSR et, souvent, ce sont les éducateurs pairs qui ressentent les avantages de la programmation plutôt que les bénéficiaires visés. Cependant, les modèles d'éducateurs pairs peuvent être plus efficaces lorsqu'ils sont complétés par d'autres interventions de SSRA et avec une supervision et un mentorat adéquats pour les leaders pairs.



Que dois-je savoir avant d'engager la jeunesse comme premiers intervenants ?

L'engagement des adolescent.e.s en tant que premiers intervenants renforce les stratégies d'intervention et la mise en œuvre des programmes. Pour faire participer efficacement les adolescent.e.s en tant que membres de l'équipe d'intervention de base de votre organisation, il existe des pratiques exemplaires clés que toute organisation devrait suivre.

DES BONNES PRATIQUES POUR L'ENGAGEMENT DES Adolescent.e.s

- Vérifiez les lois locales en matière de ressources humaines relatives à l'engagement des adolescent.e.s;
- Assurez-vous que votre agence a une politique sur l'engagement de volontaires de moins de 18 ans. Aborder des questions telles que la manière dont les volontaires de moins de 18 ans seront remboursés par des incitations non monétaires, le nombre maximum d'heures de bénévolat par jour et par semaine, et les exigences minimales de supervision pour impliquer les jeunes;
- Les directeurs de programmes doivent disposer de critères de sélection clairs pour les adolescent.e.s et les bénévoles de la jeunesse afin de s'assurer qu'ils soient représentatifs de la population touchée par la crise et qu'ils soient en mesure d'atteindre les personnes à risque accru (tenir compte de l'âge, du sexe, du fait d'être scolarisé ou non, de l'état civil, du milieu culturel, du handicap, etc.);
- Veiller à ce que les bénévoles de la jeunesse ne reçoivent pas de tâches ou de devoirs qui risqueraient de mettre leur vie, ou leur sécurité en danger, ou qui les conduiraient à être stigmatisés par leur communauté;
- Les responsables du programme doivent veiller à ce que les jeunes soient rémunérés pour leur contribution au programme et aux termes de référence (TdR) du programme SSRA envisagé;
- Les TdR pour l'engagement des jeunes doivent être communiqués non seulement aux volontaires, mais aussi au personnel des programmes d'autres secteurs afin qu'ils comprennent également le rôle. Cette façon de faire permet à la fois d'assurer la coordination avec d'autres secteurs et d'éviter que les volontaires ne soient accablés par des tâches provenant d'autres secteurs, car ils peuvent être considérés comme une ressource facilement disponible. Tout travail au delà du périmètre du TdR doit être d'abord discuté et approuvé par le superviseur avant d'engager les adolescent.e.s;
- Quel que soit le stade de la situation d'urgence, tous les bénévoles de la jeunesse doivent être correctement informés des méthodes de travail de l'organisme, notamment en suivant une orientation sur la protection de l'enfance, la PSEA et le signalement des incidents;
- Les jeunes bénévoles doivent comprendre qu'ils peuvent arrêter de faire du bénévolat à tout moment;
- Les jeunes bénévoles doivent bénéficier d'un encadrement et d'un mentorat adéquats ainsi que d'un soutien continu en matière de renforcement des capacités (**les formations occasionnelles ne sont pas efficaces!**).

Note : ces orientations sont conformes aux programmes fondés sur des données probantes issues de contextes de développement. Des preuves supplémentaires sont nécessaires pour les contextes humanitaires.

Comment s'assurer que les adolescent.e.s et la jeunesse bénéficient d'un encadrement adéquat ?

Comme mentionné précédemment, la supervision et le mentorat des adolescent.e.s / la jeunesse sont essentiels. Les jeunes ont besoin de formation continue, de mentorat, de soutien, de conseils et de fourniture. Si la supervision, le mentorat et les ressources programmatiques ne peuvent être garantis, il est conseillé aux organisations de s'abstenir d'engager les adolescent.e.s / la jeunesse comme premiers intervenants, mais plutôt d'engager de manière significative les adolescent.e.s / la jeunesse dans d'autres composantes du cycle de programme et dans tout le continuum humanitaire.

Qui sont considérés comme des surveillants de jeunes ?

Tout directeur de la SSR ou coordinateur de terrain supervisant les composantes clés des programmes destinés aux adolescent.e.s sur le terrain. Idéalement, tous les adolescent.e.s / la jeunesse engagés se trouvent au même endroit pour permettre un accès plus facile entre les superviseurs et les adolescent.e.s / la jeunesse. Il est primordial de s'assurer que les superviseurs ont les compétences nécessaires pour être un conseiller. Dans l'Annexe L, l'IPPF présente les caractéristiques essentielles des superviseurs pour l'encadrement de la jeunesse. Il est tout aussi important, pour recruter les bons superviseurs, de s'assurer que les organisations mettent en œuvre des politiques et des mesures appropriées de protection de l'enfance (telles que la PSEA), ainsi que d'autres dispositions visant à garantir la sécurité et la protection des adolescent.e.s.

Les responsables doivent (en coordination avec les adolescent.e.s / la jeunesse) :

- Proposer des formations : les jeunes ont besoin de recevoir une formation continue sur la documentation de la SSRA pour qu'ils et elles puissent fournir des informations exactes. En parallèle, ils et elles devraient aussi être formés sur l'importance de la intimité et de la confidentialité;
- Encadrer les jeunes : les jeunes peuvent être confrontés à des questions difficiles auxquelles ils ne trouvent pas de réponses et ont donc besoin de conseils sur la façon d'y faire face;
- Fournir le matériel nécessaire : les jeunes apprennent et communiquent entre eux en utilisant des méthodologies d'apprentissage différentes. Ils et elles doivent recevoir le matériel adapté à telle ou telle activité et dont ils et elles auront besoin pour atteindre les résultats escomptés;
- Superviser un petit groupe de jeunes : plus le groupe sera petit, meilleure sera la supervision;
- Organiser des réunions de groupe : cette initiative permet aux jeunes de partager des informations et des expériences;
- Fixer des heures de bureau : les jeunes pourront demander des conseils ou une consultation en personne.

ÉTUDE DE CAS

Y-PEER NÉPAL Intervention d'urgence et soutien à la supervision des réseaux de jeunes au début de la réponse au tremblement de terre de 2015 au Népal

À la suite d'une série de tremblements de terre au Népal en 2015, des jeunes bénévoles se sont mobilisés pour fournir des services de SSR à leurs pairs, aidés par les efforts de coordination et les solides réseaux établis par Y-PEER. Un groupe de jeunes membres de Y-PEER Népal, ainsi que des jeunes d'un club régional, se sont réunis dans les trois jours suivant le premier tremblement de terre et ont commencé à distribuer des produits d'hygiène féminine à leurs amies et aux membres de la communauté qui s'abritaient dans des structures de secours à Katmandou, au Népal, et dans les districts voisins. Dans les semaines qui ont suivi, les responsables de formation Y-PEER Népal se sont mis en rapport avec les réseaux Y-PEER des Philippines et du Liban, qui possèdent plus d'expérience de travail dans des contextes humanitaires, pour fournir des services de SSR. S'inspirant du travail de Y-PEER des Philippines et du Liban, les responsables de formation de Y-PEER Népal ont réuni plus de 25 jeunes à Katmandou afin de procéder à une rapide évaluation des besoins, comportant des questions visant à mesurer les besoins des adolescent.e.s et des jeunes en matière de SSR, et ils ont commencé à former des jeunes bénévoles sur la manière de mener cette évaluation. Y-PEER Népal a pu financer la plus grande partie du coût de l'évaluation des besoins, mais les jeunes bénévoles ont également travaillé avec des organisations privées pour fournir des produits d'hygiène féminine et autres produits sanitaires. Les jeunes bénévoles ont utilisé les résultats de l'enquête pour préparer des activités sur la SSR en collaboration avec les groupes de VBG et SSR. Y-PEER a pu recevoir des fonds du UNFPA pour « Les Jeunes Chefs D'urgence », un programme réunissant plus de 35 jeunes bénévoles de Y-PEER et de deux autres organisations. Grâce à ce programme, des adolescent.e.s et à des jeunes de 16 endroits différents - y compris des camps, des écoles et des abris temporaires - ont pu fournir des services d'information sur la SSR, des sessions entre pairs et mener une campagne d'IEC, par le biais d'émissions de radio, pour sensibiliser à la VBG et à d'autres problèmes de SSR. Le programme a également produit des outils contextualisés, que les jeunes avaient eux-mêmes développés et utilisés.



2. Organisations locales au service de la jeunesse et organisations dirigées par la jeunesse

Pourquoi investir dans des organisations locales et dirigées par la jeunesse ?

Que ce soit lors de conférences internationales ou lors de consultations pour la création et la production de boîtes à outils et de documents d'orientation, le message reste le même : les jeunes veulent plus d'investissement dans leurs idées et dans les organisations qu'ils dirigent ou dont ils font partie.

Au-delà des jeunes qui demandent ce type d'investissement, soutenir les organisations locales, y compris les organisations dirigées par la jeunesse, aide les organisations humanitaires à mieux atteindre les adolescent.e.s avec des informations et des services de SSR. Les organisations locales au service de la jeunesse et les organisations dirigées par la jeunesse comprennent le mieux le contexte dans lequel vivent les adolescent.e.s et quels sont leurs besoins. Ces organisations sont ainsi particulièrement bien placées pour aider à concevoir et mettre en œuvre des stratégies efficaces pour sensibiliser les communautés à la SSRA. En outre, dans les contextes humanitaires, les organisations locales ont généralement un meilleur accès aux populations difficiles à atteindre, comme par exemple les adolescent.e.s, et peuvent commencer leur travail plus rapidement grâce à la confiance et à la réputation qu'elles ont établies au sein de la communauté. Il se peut que les organisations internationales, et notamment celles qui n'avaient encore jamais travaillé dans ce domaine, aient besoin de plus de temps pour gagner cette confiance, ce qui peut se traduire par une perte de temps pour apporter une aide vitale à ceux qui en ont besoin.

Les donateurs et les responsables de projets savent qu'il faut plus d'investissements dans les organisations locales. Reconnaisant la valeur de ces investissements, ils et elles ont approuvé et soutenu les efforts de localisation, en accordant un soutien particulier aux organisations dirigées par la jeunesse. En 2011, la Stratégie internationale des Nations Unies pour la prévention des catastrophes (UNDRR) a déclaré que les enfants étaient « chaque année, le groupe le plus touché par les catastrophes » et a approuvé leur participation active aux activités de réduction des risques de catastrophe (RRC). Depuis lors, le UNDRR - en coordination avec la stratégie des Nations Unies pour la jeunesse - a soutenu la DRR 2015-2030 ([Cadre de Sendai](#)), qui recommande que les jeunes soient des acteurs et actrices clés pour réduire les risques et développer la résilience.

Dans le [Grand Bargain](#) (un accord de 2016 entre certains des plus importants donateurs et agences humanitaires), les signataires se sont réunis avec pour objectif de trouver et d'accroître le soutien aux intervenants locaux et nationaux. Les signataires de cet accord se sont engagés à investir dans les initiatives locales et travailler avec les organisations régionales autant que possible et nécessaire, tout en continuant à reconnaître le rôle crucial des acteurs internationaux, notamment dans les situations de conflit armé. Au regard des situations de crise humanitaire, cet accord signifiait qu'il fallait non seulement donner la priorité aux efforts de localisation des organisations travaillant dans des contextes stables, mais aussi à celles travaillant dans des situations d'urgence. En accord avec le Grand accord, l'IAWG et ses partenaires ont également mis au point une [boîte à outils de préparation : Prêts à sauver des vies : soins de SSR en cas d'urgence](#) – destinée aux agences humanitaires engagées dans la localisation de l'action humanitaire, faisant intervenir les communautés affectées et coordonnant le travail entre les acteurs humanitaires, du développement et du gouvernement.

Comment pouvons-nous renforcer les capacités des organisations dirigées par les jeunes ?

Pour concrétiser cet engagement, les intervenants humanitaires doivent identifier les organisations dirigées par les jeunes, les porte-paroles des jeunes et les jeunes leaders qui travaillent dans le domaine de la SSR mais aussi en dehors de celui-ci, et établir des partenariats avec eux, afin de les accompagner le long des phases de préparation, d'intervention et de rétablissement. Ce partenariat devrait inclure un soutien financier direct, ainsi que des efforts pour renforcer leurs capacités d'organisation, de gestion, de direction et leurs compétences techniques à long terme. Par exemple, les activités de renforcement des capacités pourraient inclure des ateliers sur la manière de satisfaire aux exigences des donateurs et des rapports, ainsi que sur la responsabilité financière et les enregistrements organisationnels et juridiques. Bien que ces domaines ne soient pas du ressort des responsables des programmes de SSR, les acteurs humanitaires doivent travailler avec leurs équipes de développement commercial, de gestion des finances et des subventions, et avec les équipes de suivi, d'évaluation, de responsabilité et d'apprentissage pour renforcer la capacité organisationnelle de ces organisations. Cela

permettrait ainsi de soutenir les organisations, groupes et réseaux locaux dirigés par les jeunes afin qu'ils puissent bénéficier de possibilités de financement. L'expérience du programme montre que développer un partenariat avec des organisations dirigées par les jeunes et que soutenir l'action collective à des moments clés (par exemple, pour les journées internationales telle la Journée mondiale de la jeunesse) peuvent aussi contribuer à améliorer la prise de conscience et la demande en matière de SSRA.

ÉTUDE DE CAS

Renforcer les capacités des organisations dirigées par la jeunesse pendant la crise de COVID-19

Il est toujours temps de renforcer les capacités des organisations dirigées par la jeunesse. Le sous-groupe de travail SSRA de l'IAWG et Save the Children - grâce à un financement du ministère néerlandais des affaires étrangères - ont lancé un appel à projets aux organisations dirigées par la jeunesse au Rwanda pour mettre en œuvre des activités visant à répondre aux besoins de SSR des adolescentes et des jeunes réfugiées pendant la pandémie de COVID-19. En plus de l'apport de 20 000 dollars US pour le programme SSRA, les subventions ont également permis d'offrir un mentorat, du coaching et d'autres formes de soutien pour renforcer les capacités des organisations dirigées par la jeunesse. Ces subventions comprennent aussi des fonds supplémentaires pour des besoins opérationnels non récurrents (par exemple, des ordinateurs portables, un routeur Wi-Fi, etc). Save the Children et les membres du sous-groupe de travail SSRA de l'IAWG ont fourni une assistance technique de renforcement des capacités tout au long du projet afin d'aider les bénéficiaires à mieux gérer leurs fonds, à améliorer leurs rapports et à ajuster leur programmes en fonction des nouvelles données sur les adolescentes et la jeunesse.

Vous trouverez ci-dessous des ressources supplémentaires pour travailler avec des organisations dirigées par la jeunesse. Celles-ci vous permettront de fournir des documents d'orientation aux organisations dirigées par la jeunesse et d'aider les organisations humanitaires qui travaillent avec des organisations dirigées par la jeunesse :

- [Boîte à outils : Promouvoir le changement pour les adolescent.e.s](#) : développée par et pour les jeunes, elle offre des conseils aux réseaux de jeunes sur la conception, la mise en œuvre et le suivi d'une feuille de route pour un plan de campagne nationale efficace sur la santé et le bien-être des adolescent.e.s;
- [Investir dans l'impact sur la jeunesse : Une boîte à outils sur le financement des organisations dirigées par la jeunesse](#) – cette boîte à outils montre comment lever des fonds pour une organisation dirigée par la jeunesse, et explique aux organismes de services à la jeunesse les difficultés rencontrées par leurs partenaires et bénéficiaires;
- [Organisations dirigées par la jeunesse et SSR et droits : Un guide étape par étape pour créer des organisations durables dirigées par la jeunesse et travaillant sur les droits et la santé sexuelle et reproductive](#) – Ce guide fournit des conseils sur le développement d'une organisation SSR durable menée par la jeunesse, à travers des leçons apprises de première importance sur la durabilité de ces organisations ainsi que des solutions pour relever les défis qui leur sont spécifiques;
- [Youth Compact Champions Programme](#) : ce projet, qui représente une partie du Compact for Young People in Humanitarian Action, est un nouveau fonds pour soutenir l'action de la jeunesse partout dans le monde, où les jeunes prennent des décisions à propos du financement des projets. Le programme Youth Fund a été lancé en 2020.

Besoin de preuves supplémentaires

Il existe peu de données sur l'efficacité des grandes organisations à renforcer les capacités des organisations dirigées par la jeunesse ou des organisations communautaires au service des jeunes dans le cadre d'activités humanitaires.



3. Santé communautaire

Comme il a été décrit précédemment, les adolescent.e.s (surtout ceux qui se trouvent dans les situations de crise humanitaire) font face à des obstacles particuliers pour accéder aux informations ou services concernant la SSR. Rappelons-nous [du Chapitre 3 : Participation significative](#), les organisations humanitaires doivent engager les membres de la communauté, notamment les gardiens, selon le programme pour établir de la confiance, encourager la discussion des affaires considérées comme tabous et, enfin, répondre aux besoins de la communauté. Au cours des phases critiques d'une situation d'urgence, les gardiens sont souvent considérés comme des sources de soutien et doivent être utiles dans les interventions.

Pour gérer ces obstacles, les intervenants humanitaires doivent reconnaître les agents de santé communautaires en tant que plateforme communautaire de sensibilisation stratégique. Les agents de santé communautaires, ou des mécanismes de vulgarisation de santé similaires, élargissent parfois l'accès aux services proposés en établissements sanitaires en améliorant la qualité des services aux adolescent.e.s à travers l'augmentation de l'accès aux services et informations pour les personnes vivant dans les milieux dont l'accès et la mobilité sont restreintes. Par exemple, au Myanmar, la Commission des femmes pour les réfugiés et ses partenaires ont lancé un projet pilote sur les soins médicaux communautaires pour les victimes d'une agression sexuelle dans les États touchés par des conflits, et formé les ASC afin de fournir des soins après un viol lorsque les services basés en établissements ne sont pas possibles.

Quelles sont les rôles communautaires de sensibilisation en matière de santé ?

Globalement, il y a plusieurs modes de rôles communautaires de sensibilisation en matière de santé. Il y a des agents de santé communautaires, des mobilisateurs communautaires, des bénévoles communautaires ou de la santé, des accoucheuses traditionnelles, des facilitateurs de l'engagement communautaire et de nombreux autres types de rôles communautaires. Les classements et les rôles associés peuvent varier selon le contexte. Par exemple, seulement 14 sur 23 pays / régions dans la région OMS de la Méditerranée orientale avaient une sorte d'ASC dans leurs systèmes sanitaires. ONG locales, les organisations de la société civile, les enseignants, leaders religieux, leaders des communautés sont tous des sources importantes pour la sensibilisation des communautés, la mobilisation communautaire et les activités de distribution des produits. Ce sont des vecteurs importants, en particulier dans les pays à revenus intermédiaires qui n'ont pas forcément d'agents de santé communautaires, mais qui mettent en œuvre à un certain niveau des activités d'approche communautaire. En vue de cette boîte à outils, nous utiliserons « ASC » comme terminologie à appliquer à tous ces rôles de sensibilisation communautaire.

ÉTUDE DE CAS

Responsabilité sociale et action en RDC et au Nord-Est du Nigeria

En République démocratique du Congo (RDC) et dans le nord-est du Nigeria, CARE a dispensé une formation aux gardiens, y compris les chefs communautaires et religieux, sur leur approche, appelée [analyse et action sociales](#). Cette approche a formé les leaders communautaires, ou les facilitateurs de l'engagement communautaire, sur la façon de mener à bien des analyses de situation avec les membres de la communauté à propos des sujets spécifiques, tels que le mariage d'enfants et la grossesse chez les adolescentes. Les facilitateurs ont utilisé les informations de ces analyses pour structurer des discussions et des séances de réflexion sur les attitudes et les normes de la communauté concernant ces sujets. L'analyse et l'action sociales permettent aux intervenants humanitaires d'adapter leur programmation aux facteurs contextuels, tels que les normes religieuses, les facteurs urbains, ruraux et basés sur les camps.

Comment ces rôles de santé communautaire améliorent-ils l'accès à la SSRA et les résultats ?

Les rôles des ASC est de fournir un lien essentiel entre les communautés touchées par les urgences humanitaires et le système de santé, le transfert de tâches spécifiques de la santé aux ASC a été reconnu dans toutes les régions du monde comme une approche efficace pour renforcer un système de santé qui est mis à rude épreuve sur plusieurs fronts, contribuant finalement à améliorer la qualité des soins. Les ASC peuvent soutenir la génération de la demande, la promotion de la santé et les soins préventifs, ainsi que, de plus en plus, les soins curatifs, grâce à de nouveaux tests de diagnostic rapide, des protocoles de traitement simplifiés, des technologies de santé mobiles et des systèmes de soutien. Compte tenu des obstacles auxquels les communautés sont confrontées pour accéder aux services de santé, les ASC jouent un rôle crucial pour combler ce fossé, en particulier pour les communautés rurales, car les ASC sont souvent des membres bien considérés de leurs communautés. Les ASC peuvent élargir l'accès et la couverture des services de santé dans les zones reculées et prendre des mesures qui conduisent à de meilleurs résultats de santé, y compris pour les adolescent.e.s.

Rappelez-vous, dans cette boîte à outils, nous utilisons « ASC » comme terme pour tous les mobilisateurs et bénévoles communautaires, etc. ainsi, les ASC peuvent également être utilisés pour atteindre les adolescent.e.s, en particulier dans :

- Identifier les adolescent.e.s difficiles à atteindre et vulnérables, car les ASC sont des membres bien considérés de leurs communautés locales et peuvent gagner la confiance et mettre en relation des adolescent.e.s et adolescentes difficiles à atteindre et présentant un risque accru avec les établissements de santé;
- Sensibiliser et fournir des informations et des services d'éducation sanitaire culturellement appropriés fournis à la communauté (par exemple, contraception, y compris contraception d'urgence, santé maternelle, VIH / IST, avortement et VBG), ainsi que plaider pour les besoins des adolescent.e.s;
 - ▶ Les ASC doivent être créatifs dans leurs approches pour atteindre les adolescent.e.s et la jeunesse. Cela peut inclure l'utilisation d'œuvres d'art (bannières, peintures murales, affiches, panneaux d'affichage), du théâtre communautaire et des jeux de rôle, des jeux, des sports et plus encore. Les ASC peuvent consulter leurs collègues de l'éducation et de la protection de l'enfance pour d'autres idées pour atteindre de manière créative les adolescent.e.s et la jeunesse avec des messages de SSR (voir [la section de l'Établissement des liens multisectoriels](#)).
- Mobiliser les leaders communautaires et faciliter les dialogues et les discussions avec les membres de la communauté, les adolescent.e.s et la jeunesse, et les réseaux, clubs et groupes d'adolescent.e.s / la jeunesse;
 - ▶ Dans la section de [participation communautaire](#), l'IRC a partagé un exemple et des ressources sur la façon de faciliter les dialogues communautaires à partir de leurs expériences du programme.
- Fournir des conseils et prestation de services à base communautaire. Les ASC peuvent également servir d'agents de référence vers les services de santé pour les adolescent.e.s, en particulier en aidant les victimes de violence sexuelle et les adolescentes enceintes avec un plan d'accouchement et en les aidant à identifier les mécanismes de transport vers l'établissement de santé pour leurs accouchements;
 - ▶ Pour de plus amples renseignements sur la techniques de conseil pour les ASC, consultez les [outils et ressources en matière de conseil](#).
 - ▶ Pour de plus amples renseignements sur les références des services de santé, consultez les [Services proposées en établissements](#).
- Distribuer des fournitures telles que des contraceptifs ou des produits d'hygiène menstruelle. Dans les situations d'urgence, les ASC jouent un rôle essentiel dans la distribution de kits d'accouchement sûrs et peuvent être formés pour identifier les adolescentes enceintes;
 - ▶ John Snow International fournit une ressource pour aider les gestionnaires à impliquer les ASC dans les activités de distribution communautaire appelées [Modèles de chaîne d'approvisionnement et considérations pour les programmes de distribution basés sur la communauté : Guide du directeur de programme](#).
 - ▶ L'IRC a développé la [GHM dans la boîte à outils pour les situations d'urgence](#) pour fournir des conseils sur comment mettre en place la GHM dans des contextes humanitaires.

Adolescent.e.s soutenant les initiatives communautaires de lutte contre la VBG

Bien que peu d'informations aient été documentées sur les initiatives communautaires de lutte contre la VBG, les adolescent.e.s pourraient potentiellement fournir une contraception d'urgence et d'autres éléments de soins cliniques aux victimes d'agression sexuelle s'ils ont un meilleur accès aux adolescent.e.s marginalisés dans leurs communautés. Les adolescent.e.s peuvent être en mesure de prévenir et de lutter contre différentes formes de VBG, y compris la violence domestique, le mariage d'enfants précoce et forcé (MEPF), les mutilations génitales féminines ou l'excision, la traite et d'autres formes en :

- Sensibilisation au problème de la violence sexuelle, aux stratégies de prévention et aux soins disponibles pour les survivants par le biais d'adolescent.e.s / la jeunesse bénévoles de la communauté;
- Impliquer les leaders adolescent.e.s, les parents et les leaders communautaires dans le développement de stratégies de prévention de la VBG dans la communauté.

Pour les stratégies d'élaboration d'un plan de mobilisation communautaire qui engage de manière significative les adolescent.e.s, la jeunesse et les membres de la communauté, Advocates for Youth a créé une liste de bonnes pratiques à adopter : [stratégies guidées par les meilleures pratiques pour la mobilisation communautaire](#). Une fois que votre organisation a lancé l'un de ces programmes de santé communautaire, il est toujours important de planifier la composante supervision. La supervision formative est importante pour tout programme, que votre organisation utilise des prestataires de services, des mobilisateurs communautaires, des ASC ou d'autres agents de santé. L'OMS a développé [la Matrice d'évaluation et d'amélioration des professionnels de santé communautaire \(CHW AIM\) : Une boîte à outils pour améliorer les programmes et les services des ASC](#), une ressource pour aider les ministères, les donateurs et les ONG à évaluer et à renforcer leurs programmes d'ASC pour améliorer leur fonctionnalité.

Considérations relatives aux environnements à mobilité réduite

Lorsque la mobilité devient restreinte en raison de contraintes de sécurité ou d'autres conditions (par exemple, des épidémies), l'engagement d'approches de sensibilisation en santé communautaire peut ne pas être réalisable. Dans ces circonstances, les organisations humanitaires devraient utiliser des solutions innovantes, telles que les communications, les médias et les activités technologiques (voir ci-dessous) ou [les approches de soins personnels](#), pour garantir le maintien de l'accès aux services essentiels de la SSR. Voir [les ressources d'atténuation des risques](#) de l'IRC pour adapter la programmation liée aux restrictions d'accès.



4. Communications, médias et technologie

L'intégration des communications, des médias et de la technologie dans les programmes de la SSR offre aux praticiens humanitaires des opportunités uniques pour renforcer les efforts de sensibilisation et les actions de coordination entre les différents secteurs. Les jeunes représentent la plus grande proportion des consommateurs à travers le monde des technologies mobiles. L'utilisation des téléphones portables pour améliorer les comportements de la SSR et l'accès aux services est une pratique prometteuse. La confidentialité, la commodité et l'accès rendent ces technologies particulièrement attrayantes pour les adolescent.e.s, en particulier pour ceux qui sont confrontés à des obstacles géographiques et de transport, qui craignent la stigmatisation ou les attitudes négatives des prestataires, ainsi que pour les adolescent.e.s qui reçoivent des informations erronées ou ont des idées fausses sur des sujets de la SSR, tels que la contraception et les IST (y compris le VIH).

La communication interpersonnelle, les médias et la technologie — y compris la santé mobile, les médias sociaux, le matériel d'IEC et la vidéo ludo-éducative — peuvent être utilisés pour fournir et renforcer l'information sur la SSR et les droits, ainsi que pour motiver et développer les compétences des adolescent.e.s. Les nouveaux médias basés sur Internet ont considérablement modifié les méthodes de travail et d'interaction sociale avec les personnes proches et éloignées les unes des autres, rendant le monde toujours plus connecté. Ces approches innovantes ont modifié l'accès à l'information pour le développement personnel et social, en particulier pour les jeunes. Par exemple, les interventions de télémedecine ont permis d'améliorer l'accès des populations qui ne peuvent pas accéder aux infrastructures (voir [Services basés sur les infrastructures](#) pour plus amples informations).

Quels sont les facteurs de réussite des programmes de communication, de médias et de technologie ?

Au cœur de tous les éléments ci-dessous pour créer des communications, des médias et des programmes technologiques réussis se trouve un engagement significatif avec les adolescent.e.s et la jeunesse – qu'il s'agisse de recueillir des informations sur les besoins et les préférences des adolescent.e.s et de la jeunesse en matière de SSR, de les impliquer dans la conception des produits ou de recruter des adolescent.e.s / la jeunesse pour délivrer des messages ou des produits.

1. Relier les communications, les médias et la technologie avec d'autres services, infrastructures, activités et stratégies d'intervention. Les médias et la technologie ne doivent pas être utilisés comme une activité isolée.
2. Rendre les communications, les médias et la technologie interactifs, notamment en utilisant des jeux et des histoires ou des récits pour attirer les jeunes.
3. Veiller à ce que les communications, les médias et la technologie soient accessibles à un large éventail d'adolescents, notamment les adolescents avec un faible niveau d'alphabétisation, les adolescents handicapés et les adolescent.e.s qui n'ont pas accès à un appareil mobile ou qui ont une connexion Internet limitée.
4. S'abstenir d'activités liées aux communications, aux médias et aux technologies qui exposent les adolescents à un risque accru de violence, y compris la violence au sein du ménage ou la violence en ligne / cyber violence.
 - Bien que la technologie mobile soit un outil utile pour atteindre les adolescent.e.s, les prestataires de services et les responsables de programmes doivent également être conscients des risques associés à cette technologie et aux médias sociaux, notamment le harcèlement sexuel, qui touche particulièrement les filles.
5. Promouvoir les communications, les médias et les plateformes technologiques dont le contenu informatif est diffusé de manière cohérente afin d'accroître les connaissances et de modifier les attitudes et les comportements.

Quels sont les exemples d'utilisation de la vidéo ludo-éducative pour les activités de la SSRA ?

En général, la vidéo ludo-éducative comprend les jeux vidéo, les programmes de télévision ou autre matériel, destinés à être à la fois éducatifs et agréables. Vous trouverez ci-dessous des exemples d'utilisation de différentes technologies ludo-éducatives dans les activités de sensibilisation et d'engagement de la SSRA dans des environnements fragiles.

- Le Centre de ressources pour l'égalité des sexes au Liban en partenariat avec le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) - a développé une vidéo d'animation, intitulée « [Le mariage n'est pas un jeu](#) », pour sensibiliser les adolescents, la jeunesse, les parents, les soignants, les prestataires et d'autres publics aux risques liés au mariage précoce. La vidéo combine des messages clés, fondés sur des essais sur le terrain et des groupes de discussion, sont combinés à l'histoire d'une jeune fille confrontée aux répercussions négatives d'un mariage précoce. La vidéo a ensuite été couplée à une brochure d'information et projetée par des représentants des agences de l'ONU, des ONG locales et internationales, des militants de la société civile et la communauté médicale;
- CARE a récemment publié [une série de vidéos](#) à contenu SSRA pour les adolescent.e.s syriens et jordaniens vivant en Jordanie à diffuser dans les centres communautaires pour amorcer des discussions autour des thèmes de la grossesse chez les adolescentes, du mariage d'enfant, de la puberté et de la sensibilisation à la fertilité. Cette vidéo est accompagnée d'un guide de formation de l'[Initiative AMAL : les mères adolescentes contre toute attente - Libérer le pouvoir des adolescentes dans les milieux fragiles](#).

Quels sont les exemples d'usages de téléphones portables pour les activités de SSRA ?

Il est essentiel de soutenir des opportunités et des ressources supplémentaires pour que les jeunes touchés par la crise puissent innover en utilisant des technologies qui améliorent l'accès aux services de SSR. Les organisations de santé reproductive, dont le UNFPA, ont organisé des Hackathons centrés sur la jeunesse, réunissant des adolescent.e.s pour écouter leurs besoins, leurs perspectives et leurs expériences afin de concevoir des solutions sanitaires appropriées aux problèmes auxquels ils sont confrontés. Par exemple, des jeunes ont développé des applications mobiles pour surveiller la souffrance fœtale, diagnostiquer le cancer du sein et diffuser des informations sur le VIH et le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Deux anciens étudiants de [l'Université Makerere d'informatique et des technologies de l'information](#) à Kampala ont développé [WinSenga](#), un appareil médical mobile lié à un téléphone portable qui peut scanner l'utérus d'une femme enceinte ou détecter les problèmes du fœtus.

En Bolivie, un projet communautaire de soins de santé reproductive pour les adolescent.e.s (CERCA) a utilisé des messages textuels adaptés aux adolescent.e.s comme moyen rentable et efficace de communiquer avec eux sur les questions de SSR. Les messages mettaient les adolescent.e.s en contact avec des services de santé publique préexistants et leur permettaient de recevoir des conseils et de poser des questions sur la santé. Le projet CERCA a montré que la mise en relation directe des adolescent.e.s avec les centres de santé et les professionnels des services de santé réduisait les obstacles pour les adolescent.e.s qui n'auraient normalement pas accès aux centres de santé en raison de la stigmatisation, des tabous, des coûts ou des longs délais d'attente.

ÉTUDE DE CAS

Utilisation de l'approche intégrée avec les espaces virtuels de sécurisée

Comme l'indique la liste des meilleures pratiques ci-dessus, les approches en matière de communication, de médias et de technologie doivent être intégrées aux programmes de SSR de votre organisation. L'étude de cas ci-dessous montre comment les organisations peuvent combiner différentes approches avec les communications, les médias et la technologie pour accroître l'accès et l'utilisation des informations et des services de SSR pour les adolescent.e.s et la jeunesse vivant dans des contextes humanitaires.

En 2019, le WRC et l'UNICEF ont conçu et piloté une plate-forme d'un espace virtuel sécurisé (EVS) pour les adolescentes (et les mères / femmes soignantes) au Liban et en Irak, avec pour objectif général d'élargir l'accès aux informations et aux services de SSR et de lutte contre la VBG. La plateforme EVS a été conçue en réponse aux besoins d'information et aux priorités des adolescentes, tout en tenant compte des préoccupations liées à l'accessibilité, à la intimité et à la sécurité. La plate-forme EVS a permis aux adolescentes d'accéder à des informations sur la SSR et la VBG sur un site web, de localiser des services et de poser des questions au personnel de l'espace sécurisé. Dans l'ensemble, les participants ont estimé que les informations fournies par la plate-forme EVS étaient essentielles pour les adolescentes dans leurs communautés et que la plate-forme était particulièrement utile pour les filles qui ne peuvent pas assister aux programmes dans des espaces physiques sûrs (par exemple, des centres adaptés aux filles). Pour de plus amples informations sur les principaux enseignements et recommandations de cette intervention, voir la [présentation de la WRC](#).

Passage de la phase aiguë à la phase globale

Comme mentionné dans le DMU, le passage d'une programmation aiguë à une programmation globale devrait être au premier plan du personnel humanitaire lors de l'élaboration des plans d'intervention pendant la phase aiguë. Le DMU souligne également la nécessité d'adopter des approches qui permettent à la fois de fournir des services vitaux et d'utiliser des interventions de proximité pour accroître la demande de services de santé. Les stratégies globales décrites dans [l'objectif 6 du DMU](#) élargissent l'accès aux soins de santé pour les femmes et les adolescent.e.s, depuis les soins essentiels et vitaux de SSR, décrits dans les objectifs 2 à 5, jusqu'à des services de SSR complets et holistiques. L'essentiel de la programmation globale en matière de SSR renforce le concept de « reconstruire en mieux », et bien qu'il existe différentes définitions, fondamentalement, reconstruire en mieux « préconise la restauration des communautés et des biens d'une manière qui les rend moins vulnérables aux catastrophes et renforce leur résilience. » Pour plus amples informations et de ressources sur la manière de mieux reconstruire, voir [le Bureau des Nations Unies pour la réduction](#)

des risques de catastrophe. Pour plus de conseils sur la préparation, voir [Prêt à sauver des vies : Soins de SSR en cas d'urgence](#) boîte à outils de préparation.

Comme abordé précédemment, il est crucial de planifier la mise en place des services SSR et la mise en œuvre de ces services pour les adolescent.e.s dès que la situation le permet. Vous trouverez ci-dessous un ensemble de mesures sur le long terme permettant de gérer l'augmentation de la demande en services de SSR au moment de la transition de l'intervention en urgence vers des activités plus générales pendant les crises de longue durée ou au moment des premières étapes de reconstruction. Certaines de ces activités nécessitent des équipes et ressources dédiées, ainsi que de plus longues périodes de mise en œuvre, et peuvent par conséquent, être plus pertinentes pour les programmes de soutien en période de transition de la DMU aux services SSR.

Éducation sexuelle complète

L'éducation sexuelle complète a conduit à l'amélioration de la connaissance de la SSRA de l'adolescent, des attitudes et comportements, lorsqu'elle est mise en œuvre correctement, et particulièrement en incluant une approche d'émancipation mettant l'accent sur le genre et les droits. Largement mis en œuvre et testés, les programmes d'enseignement sur l'éducation sexuelle complète dans les milieux à faibles ressources comprennent le [programme d'études « It's All One »](#) du Conseil de la Population ainsi que l'approche de l'école Rutger pour l'éducation sexuelle, l'UNFPA, l'Office Régional de l'Est et du Sud de l'Afrique, et l'ensemble de ressources régionales pour l'éducation sexuelle complète des jeunes non scolarisés. Lors de l'intégration de l'ESC dans un programme humanitaire ou dans des contextes traditionnels, il est important de travailler avec les acteurs locaux pour concevoir le programme en tenant compte du contexte, institutionnaliser les programmes au sein des systèmes scolaires, mettre en valeur les programmes scolaires afin d'accroître la transparence et faire appel aux médias pour établir des impressions positives. Il existe des exemples réussis de cette pratique dans des milieux précaires. Par exemple, l'Association palestinienne de protection et planning familial, un membre associé de l'IPPF en Palestine, a développé avec succès un manuel d'éducation sexuelle complète en arabe adapté au contexte local et approuvé par le ministère de l'éducation pour une utilisation dans les écoles.

Programme d'apprentissage des compétences nécessaires à la vie courante

Les programmes d'enseignement des compétences de la vie courante peuvent fournir aux adolescent.e.s des connaissances et des informations holistiques et intégrées sur la SSR, la VBG, la santé mentale, les moyens de subsistance et les transitions de la vie. L'IRC a mené un programme se nommant Girl Empower, pour soutenir les jeunes filles en situations d'urgence en leur apportant les compétences et l'expérience nécessaires pour faire des choix de vie sains et stratégiques et pour rester à l'abri de l'exploitation et abus sexuels. L'IRC a mis en place une intervention au Liberia et en Éthiopie et a conduit une évaluation des effets au Liberia. Pour résumer, l'évaluation rigoureuse d'impact a démontré que :

1. Les adolescentes du Conté de Nimba (Liberia) sont exposées à des taux extrêmement importants de violence sexuelle.
2. Le programme « Girl Empower » a comblé un besoin dans la communauté. Le taux de participation des filles et de leurs parents, même en dehors du groupe, qui ont reçu le transfert d'argent conditionnel, était important sur une période de 32 sessions hebdomadaires.
3. Le Programme « Girl Empower » réduit les taux de mariages forcés, de grossesses adolescentes, et de comportements sexuels à risque, qui ont tous été maintenus un an après la fin du programme.
4. Le Programme « Girl Empower » et l'incitation financière à la participation (transfert d'argent conditionnel) ont réduit la probabilité de mariage et le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et ont augmenté l'abstinence sexuelle et l'utilisation de préservatifs au cours des 12 derniers mois de plus de 50 % par rapport au programme seul.
5. Le programme « Girl Empower » a permis aux adolescent.e.s d'acquérir d'importantes compétences pratiques et a influencé positivement les attitudes à l'égard des femmes.

Pour plus de détails sur le protocole d'évaluation et les résultats, consultez [l'évaluation d'impact du IRC](#).





Liens multisectoriels et systèmes d'orientation

Cette section donne des informations sur la manière d'intégrer les programmes de SSR pour les adolescent.e.s dans d'autres secteurs, en utilisant tous les points d'entrée disponibles dans la réponse humanitaire pour répondre au mieux aux besoins des adolescent.e.s en matière de SSR. Cette section inclut également des conseils sur l'établissement des systèmes d'orientation, ainsi que des outils et des ressources générales pour l'orientation des adolescent.e.s.

Pourquoi l'intégration entre secteurs est-elle importante ?

Les interventions humanitaires ne parviennent souvent pas à fournir un soutien complet pour soulever tous les obstacles qui entravent l'accès des adolescent.e.s à la SSR et ne répondent pas à leurs besoins de manière holistique, ce qui peut avoir des conséquences dévastatrices et à long terme sur la santé des adolescent.e.s et leurs perspectives d'avenir. Fournir des réponses multisectorielles qui intègrent la formation à la SSRA et des activités pertinentes dans tous les secteurs est nécessaire pour s'adresser à la « personne dans son ensemble » et devrait être considéré comme une stratégie clé pour protéger et répondre aux besoins des adolescent.e.s en matière de SSR. De plus, l'application d'approches multisectorielles permet aux organisations d'atteindre des groupes cibles, de maximiser les ressources, d'éviter la duplication des efforts, de s'attaquer aux obstacles à l'accès et à l'utilisation des services à différents niveaux du [modèle socio-écologique](#) et, en fin de compte, d'atteindre les adolescent.e.s avec des services de SSR qui répondent à leurs besoins.

La mise en place de mécanismes de référence ne sert qu'à orienter les adolescent.e.s vers les services de santé, n'est-ce pas ?

Non ! En cas d'urgence, les intervenants humanitaires doivent travailler ensemble pour éviter la duplication des services et les lacunes dans tous les programmes humanitaires. [L'objectif premier du DMU](#) discute de l'importance du renforcement des liens et références pour les services de SSR entre les établissements de santé primaire. Jusqu'à présent, nous avons discuté de diverses stratégies allant de l'engagement de la jeunesse, de la télémédecine, des médias aux ASC comme mécanismes de renforcement des liens et d'orientation des services de SSR vers les cliniques de santé primaires. Comme indiqué dans [les services basés en établissements](#), la référence des services de santé est différente de l'orientation des adolescent.e.s entre les secteurs - l'orientation des services de santé étant liée à l'orientation des cas entre les différents niveaux du système de santé et l'orientation sectorielle étant liée à l'orientation des cas entre les secteurs (par exemple, l'orientation d'un cas de protection de l'enfance vers un travailleur social ou les services SMSPS). En plus des efforts de coordination décrits dans l'objectif 1 du DMU, les organisations humanitaires devraient également travailler ensemble pour renvoyer de manière proactive les cas entre les agences et les secteurs afin de garantir que l'aiguille évolue vers une programmation holistique.



Assurer la coordination dans les cas de VBG

Une des activités incluses dans [l'objectif 2 du DMU](#) est de travailler avec d'autres groupes de cas, en particulier le groupe de protection ou le sous-groupe sur la VBG, pour mettre en place des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et du district, y compris dans les établissements de santé, afin de protéger les populations touchées, en particulier les femmes et les adolescent.e.s, contre la violence sexuelle. La boîte à outils fournit de plus amples informations et des exemples d'intégration de la SSRA aux services de protection de l'enfance et de SMSPS dans [les outils pour la construction de liens multi-sectoriels](#). En outre, la boîte à outils fournit un outil de référence du [groupe de référence de l'IASC pour les SMSPS dans les situations d'urgence](#), qui a été modifié pour être utilisé avec les clients adolescent.e.s (voir [Outils pour établir des voies d'orientation](#) pour plus d'informations).

Constructions des liens multi-sectoriels

Qu'est-ce que la programmation intégrée multisectorielle pour de meilleurs résultats en matière de santé ?

La programmation intégrée pour de meilleurs résultats en matière de santé se réfère à « une méthode de travail par laquelle il y a coordination et collaboration stratégique entre deux ou plusieurs groupes ou secteurs dans le but d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé par une action collective. » De plus, il est essentiel que cette approche soit appliquée et mise en place au sein des organisations et à l'ensemble de leur programmation thématique. L'intégration de la SSRA dans tous les secteurs comprend l'établissement de liens avec d'autres secteurs qui fournissent des services aux adolescent.e.s et à la jeunesse, tels que la protection de l'enfance et l'éducation, et la mise en place de mécanismes de références impliqués pour garantir que les adolescent.e.s reçoivent les soins dont ils ont besoin. Il existe un large éventail de points d'entrées que le personnel humanitaire peut utiliser pour diffuser des informations sur la SSRA et fournir ou orienter les adolescent.e.s vers les services de SSR lors d'une crise humanitaire.

La programmation multisectorielle est attentive au contexte dans lequel les jeunes vivent, ainsi qu'en se conformant aux normes internationales pertinentes notamment [le cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes 2015-2030](#) et [les objectifs de développement durable des Nations Unies](#). Pour garantir l'épanouissement des adolescent.e.s et de la jeunesse, les organisations et les secteurs doivent travailler ensemble – en collaboration avec les adolescent.e.s et la jeunesse – pour identifier et surmonter les objectifs empêchant les jeunes d'effectuer leur transition vers l'âge adulte.

Où la programmation multisectorielle a-t-elle été faite avec les adolescent.e.s dans les situations de crise humanitaire ?

Recherche Plan International : Voix d'adolescentes en situation de crise

Le projet « Adolescentes en situation de crise » de Plan International est un projet de recherche qui se concentre sur la parole et les expériences de filles dans certaines des régions les plus troublées et instables du monde : le bassin du Lac Chad, les camps de réfugiés Rohingya au Bangladesh, le Soudan du Sud et les réfugiés syriens au Liban. La recherche a révélé que les adolescentes sont confrontées à une complexité de facteurs et d'obstacles qui affectent leur situation, notamment la discrimination et l'inégalité sous-jacente entre les sexes qui limitent leurs possibilités où qu'elles se trouvent. Ces facteurs doivent être abordés de manière globale, plutôt que de se concentrer uniquement sur les activités de réponse qui répondent à quelques besoins plus évidents. Les recommandations de Plan International (énumérées ci-dessous) soulignent la nécessité d'apporter des réponses multiformes et intégrées pour répondre avec succès aux besoins des adolescents en matière de SSR. Plan recommande des intervenants humanitaires :

- Accroître la participation des adolescentes à la prise de décision;
- Veiller à ce que l'éducation des adolescentes n'en souffre pas;
- Donner la priorité à la fourniture d'informations et de services de santé adaptés aux adolescentes, notamment en matière de santé mentale et de SSR;
- S'attaquer à la VBG sous toutes ses formes pour améliorer la sécurité des adolescentes;

IRC : Mettre en évidence les avantages des centres communautaires dirigés par des femmes comme points de prestation SSRA

Les services SSRA et VBG ne sont pas toujours accessibles aux adolescentes dans les situations de crise humanitaire. Les organisations humanitaires intègrent de plus en plus la SSR dans les centres communautaires pour femmes et les espaces sécurisés réservés aux filles. Cependant, il y a un manque de preuves sur les avantages et les risques liés à l'intégration de la SSRA dans les centres pour femmes par rapport aux établissements de santé traditionnels.

Les Centres des femmes (CWC) de l'IRC - centrés sur les femmes et basés sur la communauté - ont l'avantage d'offrir des services qui sont considérés comme inappropriés et controversés dans les cultures patriarcales et dominées par les hommes, et donc souvent refusés aux adolescentes et aux femmes par les prestataires de santé et les membres masculins de la famille et de la communauté. Ces centres de femmes servent de lieu de rencontre sociale avec des activités d'acquisition de compétences, des programmes générateurs de revenus et des réseaux sociaux réservés aux adolescentes et aux femmes. De plus, les centres de femmes offrent des services de VBG et de SSRA qui sont sûrs, confidentiels et non discriminatoires par des prestataires qui ont été spécialement formés aux soins centrés sur les femmes. Cela permet aux adolescentes et aux femmes de se déplacer librement, de participer à des activités, de socialiser, de parler aux prestataires de santé et aux gestionnaires de cas, et de rechercher des services dans des salles de consultation « non labellisées ».

L'IRC gère actuellement des centres de femmes au Bangladesh, au Nigeria, au Kenya, au Yémen et au Sud-Soudan. D'après les évaluations internes et les commentaires des patients, les centres de femmes ont prouvé qu'ils amélioraient l'accès, la sécurité et la capacité d'action des femmes et des adolescentes - avec un impact particulièrement positif sur les femmes non mariées, les adolescentes et les populations minoritaires stigmatisées en cas d'urgence. Les adolescentes et les femmes indiquent qu'elles se sentent respectées et habilitées à définir elles-mêmes le type de services dont elles ont besoin, ce qui leur donne un sentiment d'autonomie et d'action. En termes de prestation de services, l'approche du Centres des femmes a démontré une augmentation de l'utilisation des services de SSR pour les femmes et les adolescentes, y compris les conseils en matière de soins liés à l'avortement sécurisé, le traitement des IST, la contraception et la prise en charge globale de la VBG. Les prestataires de services de différents secteurs travaillent sous un même toit, avec des objectifs communs et une procédure opérationnelle standard, ce qui facilite l'aiguillage et le suivi entre les équipes.

Outils pour établir des liens multisectoriels

L'IAWG a développé un outil multisectoriel pour aider les managers SSR à identifier les moyens d'intégrer les activités de SSRA dans tous les secteurs humanitaires et à identifier les stratégies permettant d'atteindre les adolescent.e.s. L'outil, inclus dans l'[Annexe M](#), commence par une matrice d'exemples d'activités de SSRA que les responsables SSR devraient préconiser de mettre en œuvre dans tous les secteurs, suivie de conseils spécifiques pour l'intégration des activités de SSR dans chaque secteur, y compris l'intégration au sein du secteur de la santé. Le deuxième tableau fournit un modèle que les responsables de la SSR peuvent utiliser lorsqu'ils discutent des possibilités de SSR avec d'autres membres du personnel du secteur, y compris des questions à utiliser au sommet pour orienter ces conversations.

Besoin de preuves supplémentaires

Il existe peu de directives pour l'intégration des services de SSRA dans tous les secteurs humanitaires, c'est pourquoi le sous-groupe de travail SSRA de l'IAWG a créé l'[Annexe M](#). Cet outil n'a pas été testé ou validé, mais il est basé sur les expériences et les leçons tirées des organisations humanitaires mettant en œuvre des programmes de SSR avec les adolescents. Des recherches et des orientations supplémentaires sont nécessaires pour fournir une programmation multisectorielle afin d'améliorer les résultats de la SSR des adolescent.e.s dans les situations de crise humanitaire.

Mise en place de systèmes d'orientation multisectoriels

Comme nous l'avons vu plus haut, les informations et les services en matière de SSR et de droits peuvent être intégrés dans un large éventail d'interventions. En plus de comprendre comment orienter les patients vers les services de santé à différents niveaux du système de santé (voir [Services basés en établissements](#)), il est essentiel que tout le personnel du secteur comprenne quels services sont et ne sont pas fournis par leur organisation. Conformément à [l'objectif 1 du DMU](#), le personnel humanitaire doit établir des systèmes d'orientation sûres entre les secteurs pour les services fournis par leur organisation et d'autres organisations. Ces systèmes d'orientation permettront aux adolescent.e.s d'accéder aux services pertinents au sein du système de groupes et de participer activement aux exercices de cartographie et à l'élaboration des systèmes d'orientation. Le personnel humanitaire doit examiner les ressources fournies dans la boîte à outils et les adapter en fonction de leur contexte. Qu'ils soient existants ou nouvellement établis, les systèmes d'orientation doivent faire l'objet d'un suivi systématique pour s'assurer de leur bon fonctionnement, ce qui nécessite un mécanisme de collecte de données fonctionnel (voir le chapitre suivant sur [les données pour l'action](#) pour plus d'informations).

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA MISE EN ŒUVRE

S'appuyer sur les structures existantes

Les intervenants humanitaires doivent éviter de recourir à des systèmes parallèles et s'appuyer sur les structures existantes. Dans la mesure du possible, les organisations doivent utiliser et soutenir les systèmes de santé nationaux existants. En fonction de la capacité et du contexte du système de santé, les références doivent être acheminées par le réseau national de santé publique ou le service de santé privé à but non lucratif. Dans certains cas, la population cible pourrait être incluse dans les systèmes de santé nationaux si le système a la capacité de traiter la charge de travail supplémentaire de manière adéquate. Les agences humanitaires devraient travailler avec leurs partenaires pour améliorer la capacité du système existant chaque fois que cela est possible (par exemple, réhabiliter les structures de santé et fournir des médicaments et des formations aux cliniques ou hôpitaux dans les zones très peuplées par la population affectée), ce qui contribuera au renforcement du système de santé et aux efforts de relèvement rapide, ainsi qu'à la fourniture de soins de SSR complets.



Que faut-il faire pour réussir une référence multisectorielle ?

Les agences doivent suivre un processus normalisé et se coordonner avec les organisations pour assurer la cohérence entre les différents systèmes d'orientation. La boîte à outils met en évidence une ressource du Groupe de référence du IASC pour la SMSPS dans les situations d'urgence, qui comprend plusieurs documents destinés à aider les prestataires et le personnel de santé à faciliter les systèmes d'orientation interinstitutions, les parcours de prise en charge, les formations et les ateliers, et à utiliser comme norme minimale pour documenter les références. La note d'orientation donne des instructions aux praticiens sur la manière de réussir une référence, ainsi que sur la coordination avec d'autres organismes (voir ci-dessous). La boîte à outils a apporté de légères adaptations aux conseils ci-dessous pour les adolescent.e.s.

Étapes pour une référence réussie

- 1** Identifier le problème : de quoi le / la client.e adolescent.e a-t-il / elle besoin ? Identifier et / ou évaluer les problèmes, les besoins et les capacités de l'adolescent.e avec eux (par exemple si l'adolescent souffre de troubles cognitifs ou de handicaps physiques qui nécessitent une assistance supplémentaire). Reportez-vous au [Cinq principes pour la création d'une atmosphère de confiance dans le cadre du conseil aux adolescent.e.s](#) et au Principe de capacité.
- 2** Identifier l'organisation ou l'agence qui peut répondre au besoin identifié. Ces informations peuvent être identifiées dans les outils de cartographie et de parcours d'orientation développés en coordination au sein du système des clusters et des agences. Identifier et répertorier les autres services susceptibles d'aider l'adolescent à répondre à ses besoins. Comme mentionné précédemment, vous pouvez obtenir des informations sur les autres services dans vos zones géographiques en consultant les guides des services, les rapports cartographiques, [3 / 4 / 5 Ws](#) (Qui fait quoi, où, quand et pour qui), des rapports de cartographie ou des réunions de coordination. Vérifiez si l'adolescent.e est déjà inclus dans le système de gestion de la protection de l'enfance.
- 3** Contactez à l'avance les organisations qui peuvent fournir le(s) service(s) demandé(s) pour en savoir plus sur leurs services et sur les critères d'éligibilité, à moins que le type de référence ne soit communément effectué avec une agence spécifique. Confirmez l'éligibilité avec l'agence qui fournira le service demandé. Les informations demandées doivent inclure ce que leur protocole d'orientation implique et si oui ou non ils seront en mesure d'aider l'adolescent.e.
- 4** Expliquez l'orientation à l'adolescent.e. Fournir des informations sur les services disponibles et expliquer l'orientation à l'adolescent.e. Quels services sont fournis et où le sont-ils ? Comment l'adolescent.e. peut-il / elle s'y rendre et recevoir des services ? Comment l'adolescent.e peut-il / elle obtenir des informations sur les coûts directs et indirects liés aux orientations ? Pourquoi recommandez-vous la référence ? Gardez à l'esprit que l'adolescent.e peut choisir de ne pas être orienté. En outre, si l'adolescent.e a besoin d'interventions vitales et qu'il / elle n'est pas conscient.e, il faut procéder à l'orientation.
- 5** Document de consentement. Si l'adolescent.e accepte la référence, obtenez son consentement avant que les informations le / la concernant ne soient communiquées à d'autres personnes. Expliquez également comment les informations seront partagées entre les agences de référence et d'accueil et obtenez le consentement de l'adolescent.e quant aux informations qui peuvent être partagées. Si l'adolescent.e n'est pas conscient.e et que des interventions vitales sont nécessaires, le consentement n'est pas nécessaire; cependant, cela doit être documenté. Les prestataires et les agences de référence doivent documenter le consentement dans toute la mesure des lois locales. S'il n'existe pas de politique locale en matière de consentement, les normes internationales relatives à la documentation du consentement doivent être respectées. Référez-vous au [Principe de capacité](#) au sujet du consentement, et remarquez que les normes internationales n'exigent pas le consentement d'un adulte pour recevoir des services. Reportez-vous aux sections [Services basés en établissements](#) et [Données pour l'action](#) sur le consentement et l'assentiment pour trouver des conseils plus détaillés.

6 Faites l'orientation. Remplissez le formulaire d'orientation inter-organisations en trois exemplaires (un exemplaire avec l'agence de référence, une copie avec le / la patient adolescent.e, une copie à l'organisme destinataire). Transmettez les coordonnées de l'agence de référence à l'adolescent.e et accompagnez-le à l'agence de référence si nécessaire. Les renvois peuvent également être effectués par téléphone (en cas d'urgence), par courrier électronique, ou par le biais d'une application ou d'une base de données. Voir les formulaires en Annexe inclus dans [Outils pour l'établissement de parcours d'orientation](#).

7 Assurer un suivi avec l'adolescent.e et l'organisme d'accueil pour s'assurer que la référence a été réussie et échanger des informations, lorsque le consentement du patient le permet. Les domaines à suivre sont notamment les suivants : L'adolescent a-t-il reçu les services prévus ? Quel en a été le résultat ? L'adolescent.e était-il satisfait du processus d'orientation et des services reçus ?

8 Stockage des informations et confidentialité. Tous les formulaires de référence et les dossiers doivent être conservés dans des armoires sécurisées (verrouillées) afin de garantir la mise en œuvre d'une collecte de données, d'une gestion et d'un stockage des informations sûrs et éthiques.

Coordonner les renvois vers d'autres agences

La mise en œuvre réussie d'un système d'orientation inter-organisations pour les services de SSR exige que les agences participantes au sein du système de regroupement :

1. approuver une documentation de référence uniforme (par exemple un formulaire de référence uniforme; voir les formulaires en Annexe inclus dans [Outils pour l'établissement des voies de référence](#));
2. se mettre d'accord sur des parcours, des procédures et des normes spécifiques d'orientation (par exemple, quelle organisation sera la plus apte à fournir des soins);
3. former le personnel concerné à l'utilisation de documents, de normes (par exemple, la protection de l'enfance) et de procédures éthiques et sûres (par exemple, ne pas divulguer l'identité des adolescent.e.s survivants); et
4. participer à des activités de coordination, telles qu'une cartographie des services de SMSPS de 3 / 4 / 5 Ws, des réunions de coordination et des ateliers de référence (voir [Outils pour établir des parcours d'orientation](#) pour les ressources de 3 / 4 / 5 Ws et autres outils de cartographie).

Établir des parcours d'orientation multisectoriels dans le cadre du DMU

Conformément à [l'objectif 1 du DMU](#), les organisations de SSR participant aux activités d'intervention devraient immédiatement s'engager avec le sous-groupe SSR pour coordonner et cartographier les sites de prestation de services et établir des parcours d'orientation. La cartographie des services multisectoriels, ainsi que des parcours d'orientation, doit être réalisée dans le cadre de réunions de coordination telles que le Cluster Santé, le Sous-Cluster SSR, ou par le biais de groupes de travail / clusters pertinents. Les organisations de SSR, en coordination avec d'autres membres du personnel, devraient établir des parcours d'orientation par le biais des mécanismes de coordination humanitaire - en utilisant les [3 / 4 / 5 W](#) et en élargissant ensuite la cartographie des services, les répertoires de services et les parcours d'orientation plus élaborés. Cette approche d'intégration multisectorielle doit inclure tous les différents secteurs humanitaires, en particulier la coordination et la gestion des camps, l'éducation, l'alimentation et les moyens de subsistance, la SMSPS, la protection, les abris, la VBG, SSR et les secteurs EHA du système de coordination humanitaire. La communication des parcours d'orientation doit être coordonnée avec les prestataires de services et les communautés, y compris les adolescent.e.s. Ces activités de coordination permettent à tous les partenaires humanitaires d'établir des liens intersectoriels à travers le système des clusters humanitaires.

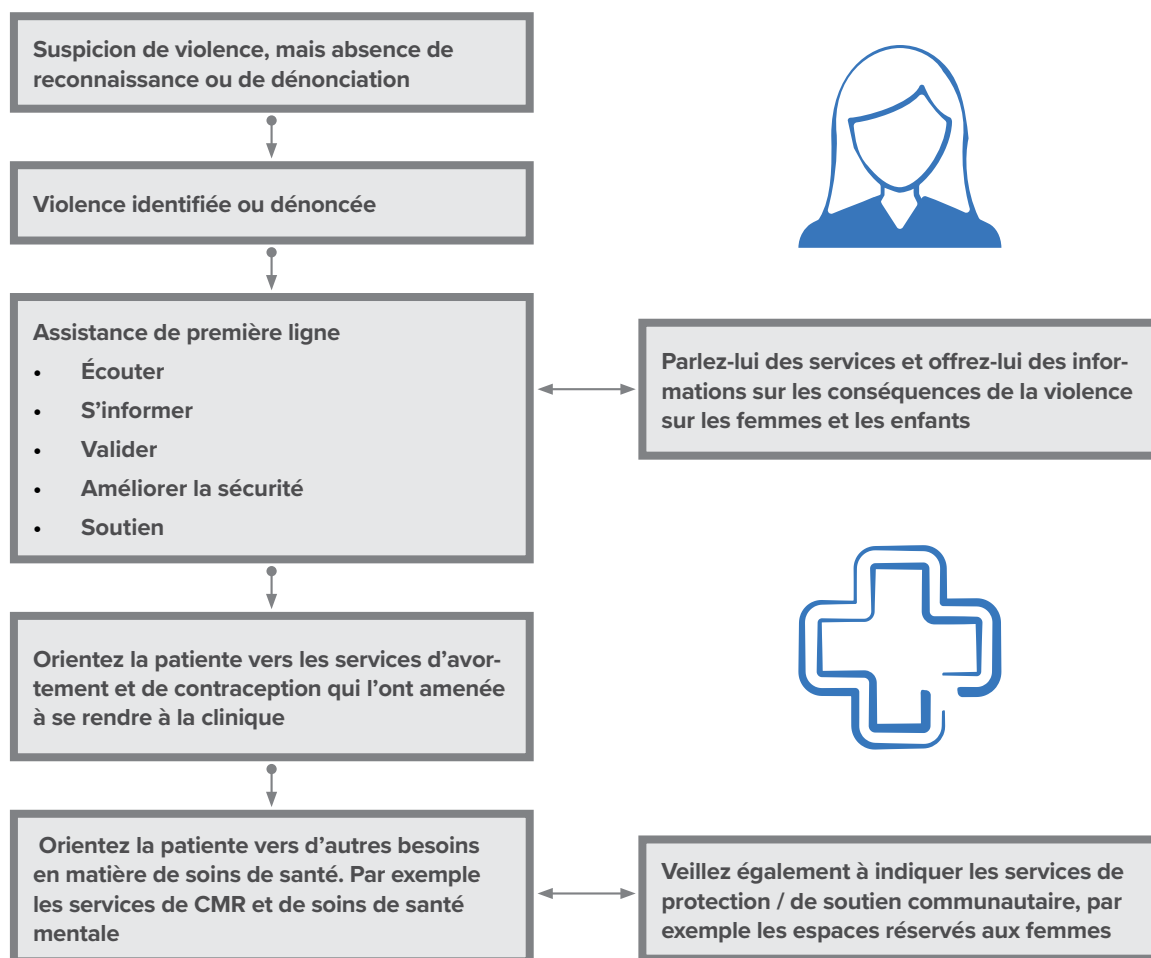
Quels sont les exemples de parcours d'orientation entre secteurs pour les clients adolescent.e.s ?

Comprendre les parcours d'orientation dans un environnement humanitaire complexe peut être difficile. Vous trouverez ci-dessous une étude de cas illustrative et une représentation graphique des parcours d'orientation pour la fourniture de services multisectoriels. N'oubliez pas qu'un parcours d'orientation flexible relie en toute sécurité les survivants à des services de soutien et de qualité qui peuvent inclure l'un ou l'ensemble des mécanismes de soutien suivants : santé, SMSPS, sécurité et protection de l'enfance, soutien juridique et judiciaire ou aide à la réintégration économique.

Une adolescente Rohingya de 16 ans se rend à la clinique du camp pour se faire avorter. Elle est dans son premier trimestre et demande un avortement. Au Bangladesh, l'avortement est défini comme une régulation menstruelle avant 13 semaines. En tant que prestataire, vous remarquez qu'elle a des cicatrices sur son corps et dans la région vaginale. La patiente adolescente révèle son traumatisme.

Quelles interventions seraient les plus appropriées ? En tant que prestataire, vous dispensez des soins centrés sur les survivants et utilisez la méthode LIVES mentionnée dans [Conseils aux adolescent.e.s survivants de la VBG](#). L'adolescente consent à recevoir un avortement et des services de contraception post-avortement - ainsi que des médicaments CMR (par exemple, PPE) et une référence vers un établissement de santé primaire qui fournit ces services de SSR. Vous l'orientez également vers les services de protection de l'enfance fournis par un organisme partenaire. En tant que prestataire, vous reconnaissez l'importance de respecter les normes de sécurité et d'éthique établies lorsque vous orientez des victimes de la VBG. Vous comprenez également que révéler l'identité du survivant crée un risque pour la sécurité du survivant, de sa famille et de sa communauté.

Figure O : Première ligne de réponse; parcours d'orientation vers des soins centrés sur les survivants



Outils pour l'établissement de parcours d'orientation

Vous trouverez ci-dessous une liste des outils couramment utilisés pour la coordination et les renvois. Ces outils doivent être adaptés à chaque contexte. La boîte à outils a modifié certains des outils (formulaires de référence) pour tenir compte des besoins des adolescent.e.s.

- [3 / 4 / 5 modèle W](#) : cartographie des informations sur les partenaires, qui fait quoi et où, ainsi que des données sur la prestation de services;
- Formulaires de référence multisectorielle : fournissent une documentation qui décrit les services nécessaires aux clients et aux acteurs humanitaires;
 - L'IASC fournit des formulaires standard pour le renvoi des cas de SMSPS dans tous les secteurs humanitaires. La boîte à outils a adapté ces formulaires pour orienter les clients adolescent.e.s vers différents services entre les secteurs. Ceux-ci comprennent des formulaires pour l'agence de liaison, le / la patient recevant l'orientation et l'organisme qui reçoit la demande de référence. Les formulaires sont inclus dans [l'Annexe N Formulaire de référence pour la copie de l'organisme de référence](#), [l'Annexe NN : Formulaire de référence pour la copie du patient](#), et [l'Annexe NNN : Formulaire de recommandation pour l'organisme de accueil Copie](#).

