

**BOÎTE À OUTILS POUR
LA SANTÉ SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE
DES ADOLESCENT.E.S
EN SITUATIONS DE
CRISE HUMANITAIRE**

ÉDITION 2020

**Document
accompagnant
Le Manuel de terrain
inter-agences sur la
santé reproductive
en situations de crise
humanitaire**



**Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises**



REMERCIEMENTS

Le groupe de travail interinstitutions sur la santé reproductive en situations de crises humanitaires (IAWG) remercie les nombreuses organisations et personnes ayant participé à la révision de la boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s (SSRA) en situations de crise humanitaire. L'IAWG est particulièrement reconnaissant envers le leadership du sous-groupe de travail (SGT) de l'IAWG sur la SSRA et tous les membres de l'équipe de révision qui ont participé à la rédaction, à la correction et au pré-test des outils révisés. L'IAWG reconnaît l'aide importante du ministère des affaires étrangères des Pays-Bas, dont le financement a permis de soutenir le développement, la conception graphique et la diffusion de la boîte à outils. De plus, l'IAWG remercie tous les réseaux et organisations de la jeunesse, et également les personnes des secteurs autres que celui de la santé, qui ont fourni des retours d'information tout au long du processus de révision.

Modalité de consultation et de révision : La boîte à outils de SSRA en situations de crise humanitaire (développé en 2009 et publiée en 2012) a été mis à jour en 2019-2020 conformément aux modifications apportées au [Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire](#) et au [Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise](#). Fin 2018 et début 2019, le SGT SSRA de l'IAWG a mené une étude documentaire pour recueillir des informations sur les nouvelles orientations, interventions et pratiques exemplaires et développements en matière de SSRA en cas d'urgence depuis 2012. En plus des conclusions de l'étude documentaire, le SGT a consulté 15 agences de l'IAWG et un réseau de la jeunesse au début de l'année 2019 afin de développer des contributions pour un atelier de consultation. Une petite équipe de révision composée de membres du SGT SSRA de l'IAWG ont discuté sur les contributions recueillies et développé un programme de travail et une structure pour la révision de la Boîte à outils, qui fut présentée à l'ensemble du SGT et validée en avril 2019. Pendant 2019, l'équipe a révisé et rédigé une première version du nouveau contenu conformément au plan de travail et a partagé la version révisée en janvier 2020 avec les réseaux de l'IAWG et les parties prenantes de la SSRA dans le contexte humanitaire et de développement. L'équipe de révision a intégré deux séries de retours d'information des parties prenantes de la SSRA aux niveaux mondial, régional et national. Pour garantir un engagement significatif parmi les adolescent.e.s et la jeunesse, le SGT a organisé quatre séries de webinaires en arabe, anglais, français et espagnol. Chacun se composait de quatre sessions et couvrait les sujets les plus importants pour la jeunesse de la boîte à outils. Dans le but de recueillir et d'insérer les retours d'information, les études de cas et les outils pour la révision de la boîte à outils, les quatre webinaires ont consulté plus de 90 jeunes représentant plus de 30 organisations / réseaux dans au moins 17 pays. Avant sa traduction et sa diffusion, le SGT SSRA de l'IAWG a présenté la boîte à outils révisée, qui a reçu l'approbation du comité de pilotage de l'IAWG en septembre 2020.

Au total, tout au long du processus de révision, le SGT SSRA de l'IAWG a consulté et recueilli les retours d'information de plus de 130 personnes (environ 68 % de jeunes; 12% de personnel sur le terrain; 20% de personnel local) dans 75 organisations et spécialités représentatives de la SSRA en contextes humanitaires et de développement, ainsi que les secteurs humanitaires de la protection de l'enfance, de l'éducation, de l'alimentation et des moyens de subsistance, de la violence basée sur le genre, de la gestion et des opérations humanitaires et aussi de santé mentale et soutien psychosocial.

Auteure principale : Katie Meyer (IAWG)

Équipe de révision : Co-auteure : Shadie Tofigh (Consultante). Rédacteurs et correcteurs : Alexandra Parnebjork (Plan International), Anushka Kalyanpur (CARE), Aramide Odutayo (Fonds des Nations Unies pour la population), Joy Michael (Fonds des Nations Unies pour la population), Julianne Deitch (Women's Refugee Commission), Katie Meyer, Maria Tsolka (Save the Children), Nathaly Spilotros (International Rescue Committee), Raya Al Shukr (Fonds des Nations Unies pour la population) Seema Manohar (consultante) et Shadie Tofigh.

Graphiste : Alexandra Leitch

Correctrice : Nazanin Mondschein

Relecteurs de traduction : Boureima Savadogo (SRH Consultant), Ilaria Porta (Norwegian Church Aid), Céline Glorie (Médecins du Monde Belgique), Amelia Clark (FP2030)

Photo de couverture : Victoria Zegler

SOMMAIRE

Remerciements	3
Sommaire	4
Acronymes.....	6
Chapitre 1 : Introduction	10
Qu'est-ce que la SSRA ?	10
Pourquoi devrions-nous privilégier la SSRA lors d'urgences ?	26
Chapitre 2 : Feuille de route pour l'utilisation de la boîte à outils de SSRA pour le service de santé.....	32
Chapitre 3 : Participation significative	39
Participation des adolescent.e.s	40
Participation communautaire.....	47
Outils de participation.....	52
Chapitre 4 : Priorité de la SSRA dans les activités d'urgence	54
Chapitre 5 : Aller au-delà des services	64
Chapitre 6 : Services et interventions de SSRA.....	72
Services adaptés aux adolescent.e.s.....	74
Formation et renforcement des capacités du personnel	82
Outils de clarification des valeurs	84
Outils de formation	87
Services basés en établissements	97
Outils d'amélioration de la qualité des installations	107
Outils et ressources de conseil	108
Services communautaires et plateformes de sensibilisation	117
Engager les adolescent.e.s jeunesse comme premiers intervenants.....	119
Organisations locales au service de la jeunesse et organisations dirigées par la jeunesse	122
Santé communautaire	124

Communication, médias et technologie	126
Passage de la phase aiguë à la phase globale	128
Liens intersectoriels et dispositifs d'orientation	130
Outils pour créer des liens intersectoriels	132
Outils pour l'établissement de dispositifs d'orientation	137
Chapitre 7 : Des données pour l'action	138
Qu'est-ce qu'un diagnostic ?	140
Conception de programme	159
Mise en place et suivi	165
Évaluation et documentation	171
Réduire l'écart	175
Chapitre 8 : Notes d'orientation et outils pour le directeur	178
Recrutement de personnel, soutien et responsabilités	182
Mobilisation des ressources	184
Encadrement et conception du budget.....	187
Mise en place de programmes.....	188
Chapitre 9 : Conclusion.....	190
Outils Annexes.....	192
Tableau de ressources.....	282

CHAPITRE
1

CHAPITRE
2

CHAPITRE
3

CHAPITRE
4

CHAPITRE
5

CHAPITRE
6

CHAPITRE
7

CHAPITRE
8

CHAPITRE
9

ANNEXES
OUTILS

TABLEAU DES
RESSOURCES

ACRONYMES

SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
ART :	Thérapie antirétrovirale
ARV :	Antirétroviral
SSRA :	Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s
SONU-B :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
BHA :	Bureau des affaires humanitaires
BPRM :	Bureau de la population, des réfugiés et de la migration
CDC :	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
MEPF :	Mariage d'enfants, mariage précoce et forcé
SONU-C :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
CERCA :	Soins intégrés de santé reproductive pour adolescent.e.s
CERF :	Fonds central pour les interventions d'urgence
CHW :	Agent(e) de santé communautaire
CMR :	Prise en charge clinique du viol
CCP :	Carte communautaire de performances
ESC :	Éducation sexuelle complète
CU :	Contraception d'urgence
ECHO :	Office d'aide humanitaire de la commission européenne
SONU :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
FCDO :	Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth
FGD :	Groupe focal
BERCER :	Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour
VBG :	Violence basée sur le genre
GPS :	Système de positionnement mondial
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
IAFM :	Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire
IASC :	Comité permanent interorganisations
IAWG :	Groupe de travail interinstitutions sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire
IDP :	Personnes déplacées internes
IEC :	Information - Éducation - Communication
IPPF :	Fédération internationale du planning familial
IPPA :	Association de planification familiale d'Indonésie
IRA :	Évaluation rapide initiale
IRC :	Comité international de secours
KAP :	Les connaissances, les attitudes et les pratiques
CRDLA :	Méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action
LGBTQIA+ :	Les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queers, intersexes et autres
M&E :	Suivi et évaluation

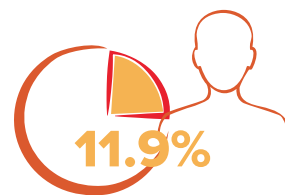
GHM :	Gestion de l'hygiène menstruelle
SMSPS :	Santé mentale et soutien psychosocial
MICS :	Enquêtes en grappes à indicateurs multiples
DMU :	Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire
MS :	Ministère de la Santé
NFI :	Produits non alimentaires
ONG :	Organisation non-gouvernementale
OCHA :	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
SPA :	Soins post-avortement
PPE :	Prophylaxie post-exposition
PTME :	Prévention de la transmission mère-enfant
PSEA :	Protection contre l'exploitation et abus sexuels
SR :	Santé de la reproduction
RHRC :	Consortium sur l'intervention en matière de santé reproductive dans les conflits
SAS :	Soins liés à l'avortement sécurisé
CSC :	Changement social et comportemental
OSIG :	Orientation sexuelle, expression et identité de genre
SSR /	
SMNEA :	Santé sexuelle et reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.e
SSR :	Santé sexuelle et reproductive
IST :	Infection sexuellement transmissible
SGT :	Sous-groupe de travail
AT :	Accoucheuse traditionnelle
TDR :	Termes de référence
FDF :	Formation des formateurs
FSP :	Formation, sensibilisation et partenariat
ONU :	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA :	Programme commun des Nations Unies sur le VIH / SIDA
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR :	Haut commissariat pour les réfugiés
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNDRR :	Bureau des Nations Unies pour la prévention des catastrophes
USAID :	Agence des États-Unis pour le développement international
VCAT :	Clarification des valeurs et transformation des attitudes
EVS :	Espace virtuel sécurisé
VYA :	Très jeunes adolescent.e.s
EHA :	Eau, Assainissement et Hygiène
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
WRC :	La commission des femmes réfugiées

Photo : Plan International



Les crises humanitaires autour du globe gagnent en ampleur, en fréquence et en durée, de même que le besoin d'assistance, notamment pour répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescent.e.s et des adolescentes.

Des presque **168 millions** de personnes nécessitant de l'aide humanitaire dans le monde, environ **20 millions** sont des adolescent.e.s et adolescentes et des jeunes.



Les catastrophes naturelles, les urgences d'origine humaine, les urgences de santé publique et les conflits prolongés perturbent les systèmes de soutien dont dépendent de nombreux adolescent.e.s, tels que les structures familiales, sociales et économiques. Dans ces contextes, les systèmes d'éducation, d'aide sociale et de santé sont suspendus ou non disponibles, laissant de nombreux adolescent.e.s sans accès aux informations et aux services de SSR au moment où ils en ont le plus besoin.

La communauté mondiale reconnaît les vulnérabilités uniques et les droits des adolescent.e.s et adolescentes en matière de SSR et a élaboré des lignes directrices pour répondre à leurs besoins; cependant, les besoins des adolescent.e.s en matière de SSR ne sont toujours pas satisfaits dans les urgences. Si les obstacles à la satisfaction des besoins de SSR des adolescent.e.s varient selon le contexte, la communauté internationale convient qu'il faut agir davantage afin que ces barrières n'empêchent pas les adolescent.e.s de réaliser leurs rêves.

Une boîte à outils pour la SSRA dans les situations de crise humanitaire : aidant les organisations humanitaires à établir des priorités et à mettre en œuvre des programmes efficaces pour aborder et réaliser la SSR et les droits des adolescent.e.s.

La vision de la boîte à outils c'est que tous les adolescent.e.s et toutes les adolescentes puissent prendre des décisions informées et autonomes sur leur SSR, que leurs droits en matière de SSR soient garantis, et qu'ils et elles puissent atteindre leur plein potentiel (n'importe pas les circonstances dans lesquelles ils / elles vivent). Cette boîte à outils fournit des stratégies et des outils pour aider à combler les lacunes dans la prestation de SSR aux adolescent.e.s et adolescentes en s'appuyant sur les efforts de plaidoyer et les leçons apprises au cours de la dernière décennie pour faire avancer dans le processus d'établissements des priorités de la SSR pour les adolescent.e.s et adolescentes dans les contextes humanitaires. La boîte à outils ne promeut pas une approche générique; elle invite plutôt les humanitaires à donner la priorité aux services de SSR qui sauvent des vies tout au long du cycle de programme et du continuum humanitaire - non seulement pendant la phase de crise, mais aussi avant son apparition, pendant le rétablissement et après, en vue d'un développement à long terme.

Vous êtes prêt maintenant à vous plonger dans la boîte à outils ?

Commençons! [Chapitre 1 : Introduction](#) présente l'origine de la boîte à outils, sa définition de l'adolescence et des besoins, obstacles et capacités spécifiques des adolescent.e.s et adolescentes avant d'expliquer l'intérêt de la mise en avant des activités de SSRA lors d'une crise humanitaire. [Chapitre 2 : Feuille de route pour l'utilisation de la boîte à outils de SSRA](#) illustre l'organisation du reste de la boîte à outils et explique comment l'utiliser et s'y repérer.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Dans ce chapitre, les intervenants humanitaires apprendront davantage sur l'adolescence, les besoins uniques, les capacités et les barrières de la santé sexuelle et reproductive (SSR) auxquels sont confrontés différents groupes d'adolescent.e.s, et en quoi ces facteurs sont différents dans les situations d'urgence. Ce chapitre comprend deux sections répondant aux questions suivantes : **qu'est-ce que la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et adolescentes (SSRA) et pourquoi faut-il mettre en avant la SSRA lors d'une situation d'urgence ?**

Chapitre 1 : Objectifs d'apprentissage

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

- Comprendre ce qu'est l'adolescence et définir les droits SSR des adolescent.e.s;
- Décrire les capacités des adolescent.e.s et adolescentes à façonner leurs propres réalisations en matière de santé;
- Distinguer les facteurs de risque uniques et les besoins SSR de différents groupes d'adolescent.e.s;
- Expliquer les besoins uniques de SSR et les obstacles auxquels les adolescent.e.s et adolescentes sont confrontés lors des urgences humanitaires;
- Décrire pourquoi les humanitaires devraient prioriser les activités de SSRA dès le début d'une situation d'urgence.

Qu'est-ce que la SSRA ?

Qu'est-ce que l'adolescence et qui sont exactement les adolescent.e.s ?

L'adolescence est la période entre l'enfance et l'âge adulte - qui commence avec la puberté et passe de la dépendance à l'égard de leurs responsables à des membres adultes autonomes de la société. Au cours de cette période de la vie, les adolescent.e.s et adolescentes développent des connaissances et des compétences, commencent à comprendre comment gérer leurs émotions et leurs relations, et développent des traits et des capacités pour profiter de leur adolescence et passer à la prise de responsabilités d'adultes. Alors que la tranche d'âge officielle de l'adolescence varie d'un pays à l'autre, l'ONU définit cette période entre 10 et 19 ans. Il est important de noter que l'âge de la puberté varie considérablement selon les individus et peut commencer plus tôt; il survient généralement au début de l'adolescence, tandis que la transition vers l'âge adulte prend plus de temps en raison d'un certain nombre de facteurs. Cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte est marquée par des changements physiques, cognitifs, comportementaux et psychosociaux chez l'adolescent. Pendant cette période, les adolescent.e.s et adolescentes connaissent des niveaux croissants d'autonomie individuelle, un sentiment d'identité et d'estime de soi grandissant et une plus grande indépendance vis-à-vis des adultes. L'adolescence est un moment critique pour façonner les comportements et les normes, y compris la prévention des problèmes de santé et le renforcement de la résilience future de la prochaine génération.

L'âge n'est pas la seule façon de définir l'adolescence — le sexe et le genre sont également des variables importantes pour le développement de l'adolescent.e. Les adolescent.e.s se développent généralement plus rapidement (jusqu'à deux ans d'avance sur les adolescent.e.s), les normes sexospécifiques variant considérablement entre les adolescent.e.s et les adolescentes à travers le monde. L'âge n'est qu'une façon de spécifier l'adolescence et est généralement utilisé pour définir et comparer les changements biologiques que vivent les adolescent.e.s et adolescentes, et non les transitions sociales, qui peuvent différer en fonction des normes et des valeurs sociales et culturelles de leur environnement. Les changements biologiques chez les adolescent.e.s et adolescentes ne commencent pas à 10 ans ni ne se terminent à 20 ans. Il y a des changements, tels que la production d'hormones, qui commencent avant 10 ans et d'autres changements qui s'étendent jusqu'au début de la vingtaine, c'est pourquoi des travaux récents ont élargi la définition et la période de l'adolescence pour inclure le début de l'âge adulte, souvent jusqu'à 24 ans. Cependant, cette boîte à outils se concentre sur les personnes âgées de 10 à 19 ans. Pour aider à comparer ces changements, les professionnels ont globalement catégorisé les adolescent.e.s en deux groupes - les très jeunes adolescent.e.s (VYA) (10 à 14 ans) et les adolescent.e.s et adolescentes plus âgées (15 à 19 ans); cependant, plusieurs changements se produisent tout au long de l'adolescence et ne se produisent pas toujours au même moment pour chaque adolescent et adolescente.

Des définitions qui se chevauchent

Plusieurs termes recoupent celui « d'adolescence » y compris « enfants », « la jeunesse » et « les jeunes ». Bien que ces termes soient explicites, ils sont compris et appliqués de différentes manières, selon les pays, les cultures et les groupes.

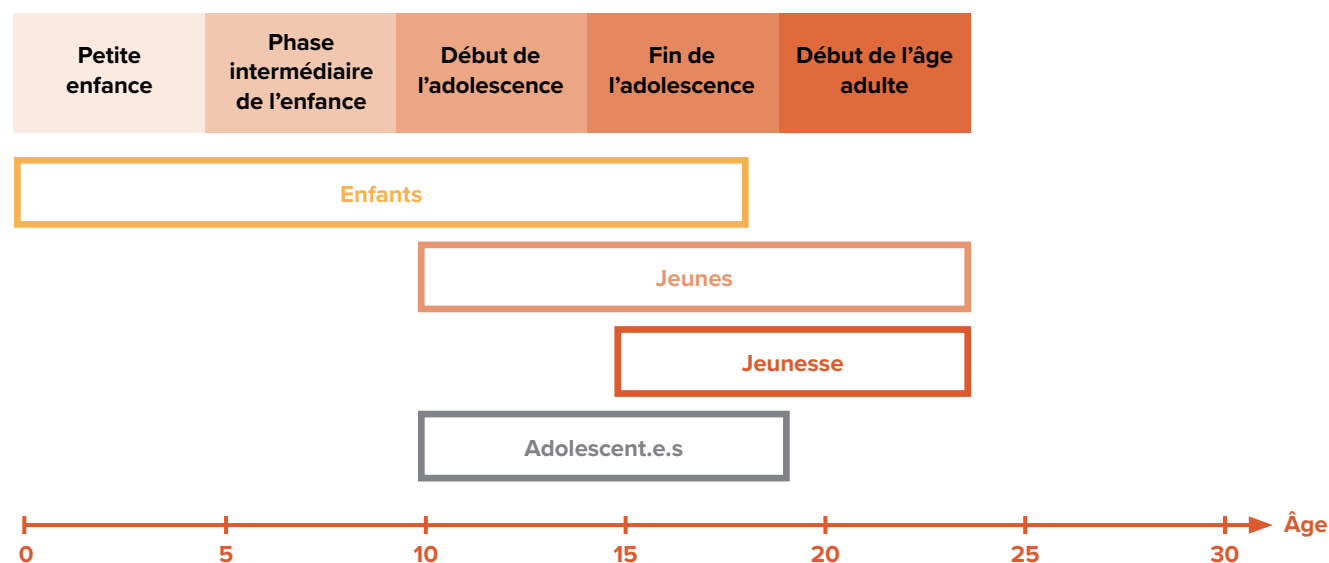
Les enfants : la Convention des Nations Unies [sur le droit de l'enfant](#) regroupe tous les individus âgés de moins de 18 ans dans la catégorie « enfant. » Les adolescent.e.s et adolescentes sont donc couverts sous sa protection jusqu'à l'âge de 18 ans.

Jeunesse : La catégorie « jeunesse » regroupe tous les individus entre 15 et 24 ans.

Les jeunes : La catégorie « jeunes » comprend les adolescent.e.s et les adolescentes de 10 à 24 ans.

Il est important de comprendre la définition de l'adolescence. Les très rares programmes de SSR dans les situations de crise humanitaire qui ont répondu aux besoins de santé des adolescent.e.s et adolescentes ont principalement ciblé la jeunesse plus âgée et ont rarement conçu des activités impliquées aux populations plus jeunes.

Figure A : Adolescent.e.s, adolescentes ou jeunes ?



Au début de la puberté, nous commençons à voir des changements physiques, tels que des poussées de croissance, le développement des organes sexuels et des caractéristiques sexuelles. Ces changements peuvent causer de l'anxiété ou être une source d'excitation et de fierté pour l'adolescent, l'adolescente. Les changements internes de l'adolescent, l'adolescente sont moins évidents. Le cerveau de l'adolescent, adolescente subit des changements importants : le nombre de cellules cérébrales peut presque doubler en un an à peine, tandis que les connexions de leur cerveau subissent une réorganisation rapide. Pour en savoir plus sur le développement du cerveau adolescent.e, voir «Les fondements scientifiques des investissements en faveur des adolescent.e.s ». Les très jeunes adolescent.e.s, filles et garçons, sont de plus en plus conscients de leur genre et peuvent commencer à changer leur comportement ou leur apparence pour s'adapter aux normes sexospécifiques perçues. Ils peuvent participer ou devenir victimes d'intimidation, et se sentir également confus au sujet de leur identité, de leurs rôles et de leurs droits en fonction des pressions sociétales changeantes. Une étude mondiale des adolescent.e.s sur les très jeunes adolescent.e.s révèle des thèmes communs sur les rôles de genre lorsque les enfants entrent dans l'adolescence : les filles sont considérées comme vulnérables, faibles et nécessitant une protection des garçons, tandis que les garçons sont considérés comme une force puissante et affirmée, ce qui peut parfois être considéré comme une menace. Les filles sont censées rester à la maison et accomplir les tâches liées au mariage et à la maternité, tandis que les garçons connaissent un nouveau niveau d'indépendance et de liberté de mobilité. On attend des garçons qu'ils subviennent financièrement aux besoins de leur famille. Ces preuves probantes nous montrent que le début de l'adolescence offre une opportunité cruciale pour atteindre les adolescent.e.s, adolescentes avec des programmes de prévention afin d'améliorer leurs réalisations liées au genre et à la santé. Intervenir tôt avec les très jeunes adolescent.e.s aide les adolescent.e.s, adolescentes et les jeunes à comprendre les avantages de chercher des services de manière proactive et d'éviter de s'engager dans des comportements de santé à risque.

Les très jeunes adolescent.e.s devraient bénéficier d'une atmosphère sûre - entourée d'adultes bienveillants à la maison et dans la communauté - pour comprendre, accepter et poser des questions concernant les changements cognitifs, émotionnels, sexuels et psychologiques qui se produisent pendant la puberté. Compte tenu des tabous sociaux omniprésents et des normes concernant la puberté, il est important que les très jeunes adolescent.e.s reçoivent toutes les informations et l'accès aux services dont ils ont besoin en rapport avec leur SSR (qu'est-ce que la puberté et les menstruations, comment se protéger contre les infections sexuellement transmissibles [IST], prévenir les grossesses précoces, etc.). Pour plusieurs adolescent.e.s et adolescentes, cette information critique est donnée trop tard, ou pas du tout, alors que leur vie a déjà été affectée et que leur développement et leur bien-être sont compromis.

À mesure que les adolescent.e.s et adolescentes mûrissent, ils ou elles commencent à se fixer des buts à long terme, à remettre en question leurs expériences et à développer un raisonnement moral. Ils ou elles subissent également plusieurs changements sociaux et émotionnels, tels qu'une plus grande implication personnelle et un désir accru d'indépendance, et commencent à explorer leur identité sexuelle, ce qui, sans le soutien de leurs pairs, de leur famille ou de leur communauté, peut être stressant. L'orientation sexuelle se développe progressivement et les personnes non hétérosexuelles peuvent commencer à vivre des conflits internes, en particulier à ce stade, en raison d'environnements potentiellement hétéronormatifs et oppressifs où les orientations sexuelles, identités de genre et expressions divergentes sont considérées comme négatives. À l'adolescence, les individus passent de l'exploration personnelle de leur sexualité à la formation de relations stables, avec des relations sexuelles mutuelles et équilibrées (lorsqu'elles sont entourées d'un environnement favorable).

La recherche établit que les comportements à risque, souvent caractéristiques des adolescent.e.s et adolescentes, peuvent être un moyen pour l'adolescent, l'adolescente d'accroître son capital social en faisant preuve de son courage; cependant, s'il ou elle a accès à des occasions positives de démontrer sa bravoure (par exemple par le biais du sport, du théâtre, de l'engagement civique, de l'activisme, etc.), il ou elle a tendance à les privilégier. De telles activités peuvent avoir des conséquences positives sur la santé et le développement de l'identité des adolescent.e.s, adolescentes et également empêcher les comportements antisociaux et l'automutilation. L'influence des pairs commence à diminuer à mesure que l'adolescent, l'adolescente vieillit et acquiert une meilleure compréhension et une plus grande confiance en son identité et ses opinions; leur tendance à adopter des comportements à risque diminue au fur et à mesure que leur capacité à évaluer le risque, à retarder la gratification, à planifier l'avenir et à prendre des décisions conscientes progresse. Dans de nombreux contextes, les adolescentes plus âgées courent un risque plus élevé d'avoir des effets négatifs sur leur santé comparées

aux adolescent.e.s, et ces risques sont intensifiés par la discrimination et les abus fondés sur le genre. En ce qui concerne les aspects positifs, l'adolescence est également marquée par l'opportunité, l'idéalisme et la promesse. Les adolescent.e.s, adolescentes commencent à s'éloigner des relations enfant-parents / tuteurs pour des relations adultes-adultes plus égalitaires. Les adolescent.e.s, adolescentes plus âgés peuvent entrer sur le marché du travail, poursuivre leur éducation, acquérir une idée précise de leur propre identité et de leur vision du monde, et également commencer à influencer le monde qui les entoure.

Les preuves scientifiques du développement du cerveau des adolescent.e.s, adolescentes constituent un argument convaincant pour investir dans l'adolescence afin d'améliorer les réalisations concernant la santé, l'éducation, les issues économiques et sociales (voir la boîte de discussion sur le Développement du cerveau de l'adolescent pour plus d'informations). Inversement, ne pas répondre aux besoins de SSR et aux conditions de santé des adolescent.e.s, adolescentes peut avoir des conséquences négatives sur leur santé physique et mentale à l'âge adulte et compromettre leur capacité à mener une vie adulte épanouissante.

La science derrière les investissements en faveur des adolescent.e.s, adolescentes



De nombreux changements et expériences d'apprentissage se produisent pendant la transition de l'enfance à l'âge adulte. La transition commence avec la puberté (à partir de 10 ans pour les filles et de 12 ans pour les garçons) et crée une fenêtre d'opportunité où les trajectoires de vie peuvent être modifiées en fonction d'expériences négatives ou positives. La transition pubertaire commence une réorganisation significative des circuits neuronaux, impactant les circuits neuronaux impliqués dans le traitement des émotions,

des risques, des récompenses et des relations sociales. Ces changements du développement neuronal ne se produisent pas dans le vide, c'est-à-dire que les changements biologiques ne déterminent pas le comportement. Les changements biologiques conduisent plutôt à une tendance accrue à se comporter de manière particulière, et les modèles de comportement réels qui émergent dépendent dans une large mesure du contexte social particulier. De plus, c'est l'émergence de ces modèles de comportement, à partir de la fenêtre de développement de la puberté, qui peut conduire à des effets en cascade et à la modification des trajectoires de santé à plus long terme. Comprendre les interactions entre les processus sociaux, émotionnels et d'apprentissage dans les interventions des adolescent.e.s permet de mieux comprendre à la fois la diminution des vulnérabilités pour les spirales négatives difficiles à changer et l'amélioration des opportunités d'établir des spirales positives.

Le début de la puberté déclenche une période de développement social, émotionnel, physique et cognitif associé à des changements importants dans l'apprentissage. Des aperçus ont émergé de l'étude des changements biologiques, cognitifs et comportementaux qui se produisent pendant l'adolescence. Ces changements fournissent aux adolescent.e.s et adolescentes les connaissances, les compétences et la capacité de réussir leur transition vers des adultes autonomes; en retour, cela permet aux adolescent.e.s et adolescentes de s'adapter aux aspects émergents de leur identité, d'apprendre à se relier à eux-mêmes et aux autres, à naviguer dans des relations sociales complexes et à traiter des concepts abstraits et des conséquences futures. Ainsi, l'adolescence est une période critique d'apprentissage et de croissance, caractérisée par une sensibilité aux sentiments d'appartenance et d'être valorisés et liés à leur plus grande recherche de trouver un sens et un but.

Cet apprentissage peut façonner les buts et les priorités de l'adolescent, l'adolescente tels que son inspiration, sa créativité et son innovation et, lorsqu'il est exposé à un environnement d'apprentissage positif, il peut également promouvoir des trajectoires saines et le développement de l'identité. Les derniers progrès de la science suggèrent que le début de la puberté rendrait la découverte plus propice à l'apprentissage que l'instruction traditionnelle grâce aux tendances du cerveau adolescent à explorer, notamment dans des contextes sociaux et vifs d'émotion. Il est essentiel de dépasser le modèle didactique d'éducation en matière de santé, consistant à dire aux adolescent.e.s et adolescentes comment changer leur comportement, en faveur d'un modèle d'apprentissage par la découverte pour structurer des expériences d'apprentissage positives durant lesquelles ils ou elles explorent et découvrent par eux-mêmes de nouveaux degrés de compréhension.

Pourquoi devrions-nous nous préoccuper de la santé des adolescent.e.s, adolescentes ? N'est-elle pas la période la plus saine de la vie ?

Parce qu'investir dans leur santé est à la fois la bonne chose à faire et ce qui est intelligent de faire.

- **La bonne chose à faire** : La SSRA fait partie des droits humains essentiels, qui doivent être respectés, protégés et satisfaits.
- **Ce qui est intelligent de faire** : La promotion de la SSRA peut permettre d'éviter des morts de causes évitables, d'améliorer les effets sur la santé et de progresser sur des objectifs de développement plus larges et vers un rétablissement précoce, avec notamment des avantages socio-économiques.

Dans les prochaines sections, la boîte à outils expliquera le droit des adolescent.e.s, adolescentes à la SSR, également les résultats sanitaires et sociétaux bénéfiques pour rendre la SSR facilement disponible et accessible aux adolescent.e.s, adolescentes dans les situations d'urgence. De plus, la boîte à outils fournit des informations sur ce qui se passe si nous continuons à dé-prioriser la SSRA dans les situations d'urgence.

Actuellement, il y a plus de 1,2 milliards d'adolescent.e.s et adolescentes dans le monde. Ce nombre devrait augmenter jusqu'en 2050, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où vivent près de 90 % des adolescent.e.s, adolescentes et où se déroulent la majorité des urgences humanitaires. Comme indiqué précédemment, l'adolescence représente une fenêtre cruciale d'opportunités pour les sociétés d'investir et de fournir aux adolescent.e.s des opportunités de développer les connaissances, les compétences, les atouts sociaux et économiques et la résilience nécessaires pour mener une vie saine, productive et épanouissante.

Pendant l'adolescence, les communautés peuvent insuffler des stratégies préventives pour permettre aux adolescent.e.s de survivre, de s'épanouir et de transformer leurs communautés. La promotion de comportements sains pourrait éviter la mort d'environ 1,4 millions d'adolescent.e.s et d'adolescentes par des causes évitables, principalement des accidents de la route, de la violence, du suicide, du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des complications liées à la grossesse. Le fait de donner la priorité à la SSRA peut retarder la première grossesse, réduire les morbidités et la mortalité maternelles, améliorer les résultats de santé, réduire la pauvreté et contribuer à des buts plus larges de rétablissement précoce et de développement. De plus, il est essentiel de donner la priorité à la santé des adolescent.e.s, adolescentes pour réduire les effets négatifs sur la santé de la prochaine génération, y compris la prématurité et l'insuffisance pondérale à la naissance chez les nourrissons nés de mères adolescentes.

L'adolescence présente également un moment stratégique pour outiller les adolescent.e.s. Les adolescent.e.s et adolescentes sont **créatifs et créatives, passionnés et passionnées, résilients, résilientes, et capables** d'imaginer des solutions créatives dans des situations difficiles; ils ou elles ont d'incroyables aptitudes qui, lorsqu'elles sont utilisées à bon escient et efficacement, peuvent jouer un rôle important sur les effets de leur santé. Plusieurs organisations ont identifié des atouts et également des éléments d'intervention spécifiques pour développer et renforcer les programmes et activités d'émancipation des adolescent.e.s et adolescentes. Ces actifs — ou facteurs de protection — comprennent les actifs humains et sociaux (compétences en communication, alphabétisation, estime de soi, réseaux de pairs, relations) et les actifs financiers et physiques — ressources qui contribuent à créer la sécurité et à développer des opportunités de revenus pour la génération (épargne, accès aux prêts, cartes d'identité, droits de propriété foncière). Les résultats du projet de développement du Population Council en Éthiopie, qui a ciblé les adolescentes non scolarisées pour recevoir une formation en alphabétisation et en compétences de vie dans des espaces sûrs, ont révélé une augmentation des scores d'alphabétisation et de l'utilisation des services de santé après seulement six mois de mise en œuvre du programme. Ces résultats mettent en évidence le potentiel d'intégration des activités de SSR aux programmes de compétences de vie et d'autonomisation pour les adolescent.e.s dans les situations de crise humanitaire.

Au-delà des arguments relatifs à la santé, il existe des preuves solides des avantages socio-économiques d'investir dans les adolescent.e.s. Des jeunes en bonne santé qui entrent sur le marché du travail avec les bonnes connaissances et compétences peuvent contribuer à stimuler l'économie. Les économistes soulignent que des

investissements ciblés, en particulier dans la santé et l'éducation des filles qui leur permettent de retarder le mariage et la procréation, pourraient avoir un effet significatif sur le développement économique des pays dans lesquels elles vivent - grâce à une capacité de production accrue, un espacement des naissances accru entre les générations et une redistribution du fardeau de la dépendance. Cependant, le contraire est également vrai : ne pas investir dans la santé et le développement des adolescent.e.s peut alimenter un cercle vicieux de mauvaise santé et de pauvreté.

Les statistiques qui suivent donnent un instantané des besoins en santé des adolescent.e.s dans le monde.



Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès des adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans le monde. Environ 11 % de toutes les naissances dans le monde concernent des adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Ces grossesses exposent les adolescentes à un risque accru de mortalité maternelle en raison des risques liés à l'intrapartum pour les grossesses à terme et des complications liées aux avortements à risque. Chaque année, environ 3,9 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans subissent des avortements dangereux. Les adolescentes sont plus susceptibles de mourir d'avortements à risque que les femmes plus âgées et supportent le plus gros des répercussions négatives des avortements à risque, soit 70 % de toutes les hospitalisations dues à des complications d'avortement à risque.



Les violences interpersonnelles constituaient la troisième cause de décès chez les adolescent.e.s dans le monde en 2018 et représente pour les garçons près d'un tiers des décès dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Environ 84 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans, soit une fille sur trois, ont souffert d'une forme de violence physique, sexuelle ou émotionnelle et de comportements de contrôle de la part d'un partenaire intime en 2018.



Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le syndrome d'immunodéficience acquise (ONUSIDA) estime qu'environ 1,6 millions d'adolescent.e.s vivaient avec le VIH en 2019, avec environ 190 000 nouveaux cas infectés et 33 000 décès liés au sida parmi les adolescent.e.s, adolescentes. Malgré une réduction globale de 35 % du nombre de décès liés au sida entre 2005 et 2013, les décès liés au sida chez les adolescent.e.s, adolescentes ont triplé entre 2000 et 2015, le sida étant la deuxième cause de décès dans le monde et la première cause de décès en Afrique.



Les troubles de santé mentale affectent de manière disproportionnée les adolescent.e.s, adolescentes. La moitié de tous les problèmes de santé mentale commencent à l'âge de 14 ans, mais la majorité des cas ne sont ni détectés ni traités. La dépression est l'une des principales causes de morbidité chez les adolescent.e.s et adolescentes, le suicide étant la deuxième cause principale de décès chez les adolescent.e.s, adolescentes.

Pourquoi devrions-nous aborder la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et adolescentes ? Ne sont-ils ou elles pas trop jeunes pour avoir des relations sexuelles ?

C'est un tabou social courant dans de nombreux contextes - que les adolescent.e.s et adolescentes ne doivent pas avoir de relations sexuelles. Indépendamment de ses croyances personnelles ou de ses attitudes à l'égard de l'âge approprié des débuts sexuels, les adolescent.e.s et adolescentes ont droit à des informations et à des services de SSR équitables, accessibles, acceptables, appropriés et efficaces. La Commission Guttmacher-Lancet 2018 a élaboré une définition complète du droit à la SSR. La définition précise que :

MESSAGE CLÉ

La plupart des gens s'initient à la vie sexuelle durant l'adolescence, l'adolescent ou adolescente doit être préparé(e) et soutenu(e) afin qu'il ou elle puisse s'assurer de choix satisfaisants en matière de santé sexuelle et reproductive et des réalisations.

La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Par conséquent, une approche positive de la sexualité et de la reproduction devrait reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles agréables, la confiance et la communication dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général. Tous les individus ont le droit de prendre leurs propres décisions au sujet de leur corps et d'accéder à des services facilitant ces décisions.

« Tous les individus » comprend les adolescent.e.s et adolescentes. En tant que tel, la SSRA comprend les processus, les fonctions et les systèmes de sexualité et de santé reproductive des adolescent.e.s et adolescentes, leur droit de prendre des décisions concernant leur corps et d'accéder aux services qui soutiennent ce droit. Fournir des informations et des services liés à la SSRA **est une question de droits humains**, et également **de sauvetage de vies**. La promotion de la SSRA comprend :

- une sexualité saine et positive;
- une santé maternelle et néonatale;
- une puberté positive, une santé menstruelle et hygiène;
- une prévention et réponse au VIH, au sida et aux autres IST;
- une prévention et réponse aux grossesses involontaires et non désirées;
- une prévention et une réponse à la violence basée sur le genre (VBG);
- une prévention et prise en charge des cancers de la reproduction;
- une prévention et un traitement des complications de l'avortement à risque;
- et les services de soins liés à l'avortement sécurisé.

Quel est le rôle des acteurs humanitaires dans le plaidoyer pour la SSRA ?

Plaider en faveur de la SSRA n'est pas une question unique et autonome : elle est ancrée dans les droits humains essentiels, qui doivent être protégés pour toutes les personnes pendant les crises humanitaires. Ces droits humains incluent le droit de :

- faire respecter leur intégrité corporelle, leur intimité et leur autonomie personnelle;
- définir librement leur propre sexualité, y compris l'orientation sexuelle, l'expression et l'identité de genre*;
- décider d'être ou pas sexuellement actif;
- choisir son partenaire sexuel;
- avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risques;
- décider de se marier ou pas, quand et avec qui;
- décider d'avoir ou ne pas avoir d'enfants, quand et par quels moyens et combien il faut en avoir;
- avoir accès tout au long de leur vie aux informations, aux ressources, aux services et au soutien nécessaires pour réaliser tout ce qui a précédé, sans discrimination, coercition, exploitation et violence**.

*Pour mieux comprendre les différentes composantes de l'identité de genre, l'orientation sexuelle et de l'expression du genre, voir [la personne Gingenre de Killermann](#) — un outil éducatif pour décomposer le genre.

**Cela comprend le droit de ne pas être forcé de se marier tôt.



En plus de fournir des informations et des services de SSR aux adolescent.e.s et adolescentes, les humanitaires devraient collaborer et coordonner avec d'autres secteurs et avec des efforts en cours qui interagissent avec les adolescent.e.s, adolescentes pour traiter les facteurs multiformes qui contribuent aux effets positifs et négatifs de la SSR, tels que :

- mariage d'enfants, mariage précoce et forcé;
- le genre, l'éducation et les inégalités de revenus;
- les pratiques traditionnelles préjudiciables;
- les violences intimes entre partenaires consentants ou non consentants;
- la santé mentale;
- la nutrition;
- la toxicomanie.

En sommes-nous déjà là avec la SSRA ?

Pas tout à fait. Les défenseurs et les parties prenantes de la SSR ont fait des progrès significatifs au cours des dernières décennies pour donner la priorité à la SSR et aux droits aux niveaux mondial, régional et national; cependant, les progrès au profit de l'adolescence sont encore insatisfaisants. Les domaines de préoccupation ci-dessous mettent en évidence certaines des lacunes qui subsistent dans la réalisation de la SSR et des droits pour tous.



Besoins en contraception non satisfaisants

Dans le monde, une grande partie des besoins des adolescent.e.s et adolescentes en matière de SSR ne sont pas pris en charge. Les besoins non satisfaits de contraception chez les adolescentes sont la proportion qui veut arrêter ou retarder la procréation mais n'utilise aucune méthode de contraception. Cet indicateur permet aux, praticiennes d'évaluer le succès de leurs programmes de santé reproductive pour répondre à la demande de services des adolescentes.

En 2019, environ 32 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans voulaient éviter une grossesse. Cependant, près de la moitié d'entre elles - environ 14 millions de filles - n'utilisaient pas de méthode contraceptive moderne mais en avaient besoin. Les adolescent.e.s sont régulièrement confrontés à des obstacles pour accéder à la contraception (y compris le biais du prestataire et la gamme limitée de méthodes acceptées), ce qui entraîne une augmentation des taux de grossesse pendant l'adolescence et un risque plus élevé de complications dangereuses pendant l'accouchement. Si les agences étaient en mesure de répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception moderne des adolescentes âgées de 15 à 19 ans, le Guttmacher Institute estime que le nombre de grossesses non désirées diminuerait de 6,2 millions par an, évitant ainsi 2,1 millions de naissances non planifiées, 3,3 millions d'avortements et 17 000 décès maternels.



Manque d'informations relatives à la SSR

Malgré les preuves qu'un accès accru aux informations sur la SSR et à une éducation sexuelle complète a un effet positif sur la SSR, les adolescent.e.s, adolescentes et les jeunes continuent de se heurter à des obstacles pour recevoir les informations dont ils et elles ont besoin. Ils ou elles ont souvent des difficultés à accéder aux informations sur la SSR et à l'éducation sexuelle complète, qui comprend des informations adaptées à leur âge et scientifiquement exactes sur la sexualité et la procréation, ainsi que des informations relatives au sexe et aux droits des adolescent.e.s.

Les mythes et les informations erronées sur la SSR et la sexualité conduisant à une activité sexuelle accrue ou encourageant l'activité sexuelle ont limité l'accès des adolescent.e.s et adolescentes et des jeunes aux messages de SSR. Les tabous, l'inconfort et la peur dissuadent les parents et autres adultes de confiance - y compris les enseignants et les éducateurs - d'éduquer les adolescent.e.s et adolescentes sur les changements que subit leur corps ou sur les endroits où accéder à des informations supplémentaires. En outre, dans certains pays, les politiques et / ou les perceptions des politiques restreignent la manière dont les enseignants dispensent une éducation sexuelle aux adolescent.e.s, adolescentes et aux jeunes. Même dans les pays où une éducation sexuelle complète est obligatoire, il existe des lacunes dans la manière dont les politiques sont mises en œuvre sur le terrain.



Grossesse non désirée et mariage forcé

Des millions d'adolescentes sont exposées à des grossesses non désirées, à des avortements dans des conditions à risque et à l'infection par les maladies sexuellement transmissibles et à des accouchements dangereux. Dans les pays les moins avancés, environ 27 % des femmes ont accouché avant l'âge de 18 ans, ce qui représente environ 12 millions de filles ayant accouché pendant leur adolescence.

Le mariage d'enfants et la procréation précoce sont des violations des droits humains et ont des conséquences socio-économiques négatifs en perturbant l'éducation des filles et réduisent les perspectives économiques futures pendant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, en plus de la probabilité accrue de maltraitance pour les jeunes mariées vulnérables. La grossesse et la procréation précoce sont liés à des issues défavorables de la grossesse, ainsi qu'à des opportunités d'éducation réduites pour les filles, des coûts de santé plus élevés et une probabilité accrue de pauvreté féminine à vie. L'immaturité des systèmes reproductifs et musculaires des adolescentes enceintes augmente leurs risques de complications obstétricales. Par exemple, une urgence obstétricale potentiellement mortelle peut survenir chez les adolescentes de moins de 16 ans lorsque le bassin immature est trop petit pour permettre à un fœtus pleinement mûr de passer en toute sécurité dans le canal génital. Le fait de ne pas traiter rapidement cette condition peut entraîner une fistule obstétricale ou une rupture utérine, une hémorragie et la mort de la mère et du fœtus. Les mères adolescentes sont plus exposées aux risques d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques que les femmes âgées de 20 à 24 ans. Les nouveau-nés des mères de moins de 20 ans sont également exposés à des risques plus élevés de faible poids à la naissance, d'accouchement prématuré et de problèmes néonataux graves.

Tous les adolescent.e.s et toutes les adolescentes ne sont pas pareils, n'est ce pas ?

Non. Ils et elles constituent un groupe d'individus divers. Leurs besoins en SSR et leurs facteurs de risque diffèrent en fonction de l'âge, du sexe, de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle, de l'état de santé, du stade de développement, du statut matrimonial, des conditions socio-économiques et des facteurs contextuels et environnementaux. Certains adolescent.e.s et certaines adolescentes peuvent être plus vulnérables aux problèmes de santé et sociaux que d'autres groupes en fonction de ces conditions et / ou besoins variables.

Par exemple, les besoins de santé d'une adolescente de 12 ans vivant au Canada sont très différents de ceux d'un adolescent de 19 ans ayant survécu à un typhon



Image extraite de la vidéo [La santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s dans les situations d'urgence](#)

dans les Philippines. Même à l'intérieur d'un même pays, les adolescent.e.s et adolescentes sont confrontés à des conditions différentes, comme un adolescent.e scolarisé contre non scolarisé ou un adolescent.e vivant dans une partie rurale du pays par rapport à une zone urbaine. De plus, ils et elles peuvent avoir des vulnérabilités qui se chevauchent qui augmentent leur risque d'effets de santé mauvais; par exemple, être une adolescente enceinte de 15 ans dans un mariage forcé / une union forcée.

La mise en œuvre des programmes et services doit être adaptée pour tenir compte des différentes caractéristiques et des besoins correspondants des adolescent.e.s et adolescentes. La boîte à outils explique les différences des besoins et des facteurs de risque de SSR entre adolescent.e.s et adolescentes, et comprend la description de sous-groupes d'adolescent.e.s particulièrement vulnérables ci-dessous. Tout au long de la boîte à outils, il existe des encadrés sur différents facteurs à prendre en compte dont les acteurs humanitaires doivent se souvenir lorsqu'ils / elles travaillent aux côtés de populations adolescentes.

Adolescentes :

La plupart des conséquences physiques, émotionnelles et sociales de l'adolescence pour les filles vulnérables sont causées par l'inégalité des genres et la pauvreté. À l'échelle mondiale, les adolescentes issues de ménages pauvres subissent une proportion plus élevée du fardeau de la santé que les adolescent.e.s en raison des vulnérabilités sociales associées à l'inégalité entre les sexes, à la discrimination et à la pauvreté - la situation sociale défavorisée des filles étant au cœur de la plupart de ces vulnérabilités. Il existe des risques pour la santé qui concernent exclusivement ou de manière prédominante les adolescentes, dont : la menstruation, le mariage d'enfants, mariage précoce et forcé (MEPF), la grossesse non-désirée et précoce, le déséquilibre des responsabilités de soin et de travaux ménagers, les pratiques traditionnelles préjudiciables (ex. la mutilation génitale féminine et l'excision), le déplacement économique, la sécurité à l'école, le décrochement scolaire et les IST. En Afrique subsaharienne, où les taux d'infection par le VIH sont les plus élevés au monde, les adolescentes ont signalé des taux d'infection près de deux fois plus élevés que les adolescent.e.s du même âge. Les adolescentes sont surexposées à la VBG (voir [la Boîte de discussion](#) pour toute information complémentaire) et plus susceptibles d'être victimes de harcèlement et d'abus sexuel que les adolescent.e.s et adolescentes. La question du sous-signallement reste critique pour les deux populations. Ces risques pour la santé pour les adolescentes correspondent aussi aux risques sociaux qui ont des effets sur les issues SSR. Par exemple, les difficultés économiques peuvent mener à l'augmentation de l'exploitation, tel que le trafic, dont l'exploitation sexuelle, et la prostitution- augmentant les risques SSR (MST, grossesses non-désirées et avortements risqués).



Vulnérabilité à la VBG : garçons et filles

Les inégalités liées aux genres entre les hommes et les femmes dans la société perpétuent les inégalités et la violence contre les femmes et les filles, premièrement par les hommes et les garçons, mais aussi entre les hommes et les garçons. Les preuves montrent que les hommes vivent des violences en tant qu'enfant et / ou que ceux qui sont témoins de violence envers leur mère ont davantage tendance à adopter des attitudes négatives envers l'égalité des genres et d'être violent envers les autres en tant qu'adultes. Ces dynamiques de pouvoir, les normes sexospécifiques, et autres facteurs sociétaux sont des facteurs sous-jacents qui augmentent les risques que rencontrent les filles adolescentes d'être exposées aux violences sexuelles comparées aux garçons. Il est estimé que 12 à 25 % de filles vivant de la violence sexuelle et 8 à 10 % d'adolescent.e.s vivent de la violence sexuelle. Pour nombre d'adolescentes, leur première expérience sexuelle est associée à une forme de coercition et / ou de violence, qui peut avoir pour conséquence des grossesses non-désirées et mener à des avortements dangereux, sans compter les conséquences liées à la santé mentale et physique à long terme. Les rapports montrent que la majorité des cas de violence sexuelle parmi les adolescents et les adolescentes sont perpétrées par un membre de la famille ou une personne qu'ils / elles connaissent (amis, voisin, professeur, etc.). Les vulnérabilités croisées exacerbent également les risques de VBG pour les filles et les garçons. Par exemple, les filles souffrant de handicaps sont dix fois plus susceptibles de vivre des VBG que celles ne souffrant d'aucun handicap; de même, les filles souffrant de handicaps mentaux sont particulièrement vulnérables à la violence sexuelle.

Peu importe le sexe des auteurs et survivants, la violence sexuelle est une forme de violence basée sur le genre, et bien que la majorité des incidents liés aux genres sont vécus par les femmes et les filles, les garçons vivent aussi la violence sexuelle de manières différentes selon les genres. Les garçons adolescent.e.s sont moins susceptibles de partager leur expérience de violence sexuelle avec d'autres personnes comparés aux filles adolescentes. Dans certains cas, les garçons adolescent.e.s sont moins susceptibles de signaler et / ou de solliciter des services pertinents. Les normes sexospécifiques qui associent les valeurs féminines avec la faiblesse, l'infériorité, et la victimisation créent une barrière supplémentaire pour les garçons qui ont vécu des violences sexuelles. Ils peuvent être sanctionnés pour être allés à l'encontre des notions traditionnelles d'expression et de présentation de genre binaire, ne pas s'être comportés comme des « vrais » hommes ou ne pas avoir adopté les attentes sociales de masculinité. Les deux exemples mettent l'accent sur le besoin d'examiner les normes liées aux genres dans la programmation de VBG. Par ailleurs, parmi les garçons adolescent.e.s, il existe des chevauchements de vulnérabilités, telles que les garçons des rues qui sont exposés à un plus grand risque de vivre des violences sexuelles comparés à d'autres groupes de garçons.

Adolescent.e.s :

Les violences interpersonnelles causent le décès d'un garçon sur trois entre 15 et 19 ans. À travers le monde, les hommes et les femmes ont un plus grand risque de vivre des violences pendant l'adolescence et le début de leur vie adulte que durant d'autres moments de leur vie, ce qui affecte les attitudes de ces jeunes hommes, leurs perceptions et la normalisation de la violence. Les adolescent.e.s âgés de 13 à 15 ans ont signalé une plus grande participation aux bagarres physiques comparés aux filles adolescentes de 13 à 15 dans plusieurs régions géographiques. En regardant les facteurs de risques SSR, les études examinant les attitudes par rapport aux genres et la masculinité parmi les adolescent.e.s et les jeunes hommes ont découvert que les croyances affectaient significativement les comportements sexuels et les décisions de solliciter de l'aide auprès des services de santé. Les tabous autour du comportement de recherche d'aide auprès des services de la santé liés à des visions dominantes par rapport à la masculinité affectent négativement les décisions des adolescent.e.s et des jeunes hommes de rechercher de l'aide auprès de ces services; par ailleurs, les signalements de jeunes hommes et d'hommes adultes avec une éducation supérieure et des normes sexospécifiques équitables ont découvert une plus grande susceptibilité de demander des tests IST - soulignant comment les normes sexospécifiques peuvent modeler positivement les comportements SSR pour les garçons et les jeunes hommes. L'exploitation sexuelle, souvent peu signalée chez les deux sexes, est un écueil majeur pour les garçons adolescent.e.s, avec certains pays signalant des taux égaux à ou supérieurs pour les garçons comparés aux filles. Une étude en Asie du Sud a découvert que les garçons en Asie du Sud jouissaient d'une plus faible protection juridique (de l'abus et de l'exploitation, à la reconnaissance juridique du viol, du harcèlement moral et de l'exploitation sexuelle) comparé aux filles du même âge, donnant par conséquent un accès restreint aux services destinés aux garçons survivants. De plus, les visions stéréotypées de la masculinité couplées à l'homophobie enracinée rendent difficile pour les garçons dans certains contextes de signaler une exploitation ou abus sexuels.

Figure B : Sous-groupes d'adolescent.e.s vulnérables



LES TRÈS JEUNES ADOLESCENT.E.S

De nombreux très jeunes adolescent.e.s n'ont ni les connaissances ni les compétences nécessaires pour gérer les changements dans leur corps et sont dissuadés de chercher des informations relatives à la puberté, la sexualité et d'autres sujets du fait des normes sociales. Les tabous sociaux isolent les très jeunes adolescent.e.s et les empêchent de comprendre leur corps, leur fertilité et les barrières et bénéfices d'utiliser les comportements protecteurs. Les très jeunes adolescent.e.s constituent un des groupes exposés au plus grand risque de violence, et jouissent parallèlement typiquement d'un minimum de ressources liées aux services et aux programmes destinés à la jeunesse. Les très jeunes adolescent.e.s sont aussi plus vulnérables par rapport à la violence sexuelle et à la coercition dû à leur expérience limitée, ce qui pourrait résulter dans l'impossibilité de reconnaître la nature sexuelle de l'abus ou des actions abusives dans des contextes inconnus.



ADOLESCENT.E.S ORPHELINS, ADOLESCENTES ORPHELINES, MINEURS ET MINEURES NON-ACCOMPAGNÉS ET CHEFS DE FAMILLE ADOLESCENT.E.S

Les adolescent.e.s orphelins, les adolescentes orphelines et les mineurs et mineures non-accompagnés et les chefs de famille adolescent.e.s indiquent se sentir isolé(e)s, marginalisé(e)s, traumatisé(e)s et en deuil en raison d'avoir dû prendre soin d'eux-mêmes et / ou de leur famille seul(e)s. Ces adolescent.e.s et adolescentes manquent de moyens de subsistance, de sécurité, et de protection qui leur sont octroyés de la part de leurs structures familiales, les exposant à un plus grand risque de précarisation, d'exploitation et abus sexuels. Les adolescent.e.s orphelins et orphelines font face à une stagnation économique lorsqu'ils recherchent de l'emploi sans avoir les compétences et la formation adéquates; à la morbidité et la malnutrition faisant suite à l'incapacité de répondre aux besoins de base; à un taux plus élevé de VIH / SIDA; et à un risque plus élevé d'exploitation et d'abus sans la protection d'un adulte. Les adolescent.e.s chefs de famille et ceux et celles séparé(e)s de leur famille sont piètrement préparé(e)s à prendre soin des membres de leur famille, avec les adolescentes présentant un plus grand risque d'exploitation et d'abus. Les adolescent.e.s et les jeunes hommes qui sont non accompagnés ou séparés de leurs familles pourraient faire face à des difficultés pour se trouver un domicile en raison des limitations culturelles d'avoir des hommes étrangers dans des foyers constitués de femmes. En général, les adolescent.e.s et adolescentes séparé(e)s de leurs familles ou les adolescent.e.s chefs de famille pourraient en venir à se marier ou à vendre des services de prostitution pour répondre à leurs besoins en nourriture, en logement ou de protection.



ADOLESCENT.E.S ET ADOLESCENTES À RISQUE D'EXPLOITATION SEXUELLE VIA DES RAPPORTS SEXUELS MONNAYÉS

Les enfants victimes d'exploitation sexuelle et les jeunes adultes se consacrant à des rapports sexuels monnayés font partie des problématiques adolescent.e.s aussi bien pour les filles que les garçons en contexte d'urgence. Les crises humanitaires peuvent pousser les foyers dans la pauvreté due à l'interruption ou la destruction de leurs moyens de subsistance et provoquant la perte de propriété et des opportunités économiques réduites. Certaines familles ou adolescent.e.s chefs de famille peuvent recourir à la prostitution, ou « survie par le sexe », comme une stratégie d'adaptation dans ces circonstances. La prostitution expose les adolescent.e.s et adolescentes à un plus grand risque de préjudice médical, physique et émotionnel, dont les pratiques sexuelles dangereuses, les débuts sexuels précoces, les partenaires sexuels répétitifs multiples, l'exploitation et abus sexuels, et l'utilisation incohérente de préservatifs. La prostitution est associée à de graves issues SSR telles que les IST, les grossesses non désirées et les avortements risqués.



LES ADOLESCENTES MARIÉES

Les adolescentes mariées, en plus de voir leurs possibilités d'avenir limitées et d'être isolées socialement, font face à des risques plus élevés de violence conjugale, de rapports sexuels forcés et de grossesse précoce. Elles sont aussi moins susceptibles de recevoir de suivi médical durant la grossesse que les femmes mariées plus âgées.



ADOLESCENTES ENCEINTES ET MÈRES ADOLESCENTES

Comme expliqué ci-dessus, le manque de maturité biologique des adolescentes, et surtout des très jeunes adolescentes, augmente le risque de complications durant la grossesse et l'accouchement. Le risque de mortalité liée à une grossesse est deux fois plus important pour les filles âgées de 15 à 19 ans et cinq fois plus grand pour les filles âgées de 10 à 14 ans comparées aux femmes de la vingtaine à la trentaine. De même, les adolescentes sont plus susceptibles de vivre des avortements risqués. En Afrique, les adolescentes représentent 25 % de tous les avortements à risque.



ADOLESCENT.E.S ET ADOLESCENTES EN SITUATION DE HANDICAP

Les adolescent.e.s et adolescentes en situation de handicap, également les adolescent.e.s et adolescentes dont le responsable est en situation de handicap, sont souvent cachés au sein des communautés et peuvent être isolé(e)s. Les barrières de sécurité et physiques (routes endommagées, manque de structures accessibles aux personnes handicapées), en plus des obstacles sociaux et environnementaux (attitudes négatives envers les personnes handicapées, manque de personnel formé) peuvent limiter leur mobilité et l'accès aux services. Certains adolescent.e.s et adolescentes en situation de handicap peuvent être moins en mesure d'évacuer les lieux. Les estimations montrent que pour chaque enfant tué dans un conflit, trois autres sont blessés ou handicapés de façon permanente, ce qui souligne les conséquences à long terme du conflit sur les enfants. Les adolescent.e.s et adolescentes présentant des retards cognitifs ou des déficiences intellectuelles, à la suite de blessures, de maladies ou d'affections congénitales, semblent être plus à risque que ceux qui ont d'autres déficiences. Les adolescent.e.s et adolescentes ayant une déficience intellectuelle sont plus susceptibles d'être exclus des services généraux et de soutien, et le manque d'informations de leurs parents sur le handicap est souvent au cœur de leur faible accès aux soins.



ADOLESCENT.E.S ET ADOLESCENTES AYANT DES ORIENTATIONS SEXUELLES ET DES IDENTITÉS DE GENRE DIFFÉRENTS

Les adolescent.e.s et adolescentes ayant des orientations sexuelles et identités de genre différents, comme les adolescent.e.s qui s'identifient comme des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexuées et queers+ (LGBTQIA+), sont souvent la cible de crimes de violence sexuelle commis par de multiples auteurs (propriétaires, chauffeurs, voisins, figures d'autorité) en raison de leurs protections juridiques limitées et de leur double stigmatisation en tant que réfugiés / personnes déplacées et ayant une orientation sexuelle / identité de genre non conforme. Ces adolescent.e.s et adolescentes peuvent être contraints et contraintes de vivre dans des logements de mauvaise qualité et précaires et faire face à des menaces d'extorsion et / ou d'exploitation sexuelle. Les garçons adolescent.e.s réfugiés et migrants qui s'identifient comme LGBTQIA+ ont signalé une exploitation et abus sexuels en Italie et / ou pendant leur voyage en Italie.



ADOLESCENT.E.S ET ADOLESCENTES AYANT DES BESOINS DE SSR DIVERS

Ce groupe comprend sans se limiter aux anciens enfants-soldats, aux survivants adolescent.e.s et adolescentes de la VBG, aux adolescent.e.s vivant avec le VIH / SIDA, aux adolescent.e.s et adolescentes appartenant à des groupes autochtones et migrants ainsi qu'aux adolescent.e.s veufs et veuves. Les adolescent.e.s et adolescentes de ces catégories peuvent être confrontés à une stigmatisation, une discrimination, des abus, une exploitation et une violence supplémentaires, en plus d'avoir des besoins de santé spécifiques, comme un adolescent ou une adolescente vivant avec le VIH nécessitant des médicaments antirétroviraux. Ces adolescent.e.s et adolescentes ont souvent plus de difficultés à accéder aux soins en raison de normes culturelles ou sociales.

- Les adolescent.e.s migrants et adolescentes migrantes et autochtones sont confrontés à des risques et des obstacles supplémentaires lors de leurs voyages, et également à des difficultés d'accès aux services et aux informations de SSR. Les adolescent.e.s migrants et adolescentes migrantes peuvent être victimes de stigmatisation, de harcèlement et de violence en fonction des attitudes et des croyances du pays d'accueil à l'égard de leur pays d'origine et / ou de leurs opinions à l'égard de la population autochtone. Les adolescent.e.s migrants et adolescentes migrantes ont également des difficultés à accéder aux services en raison du manque d'enregistrement et / ou de polices d'assurance maladie. Des adolescent.e.s et jeunes hommes migrants ont été victimes d'enlèvements, d'emprisonnement et de violence, y compris la violence sexuelle, en route vers l'Italie depuis des pays d'Afrique et du Moyen-Orient. Les adolescentes migrantes sont moins susceptibles d'être informées sur la SSR que les adolescentes non migrantes. Une étude menée au Kenya a également révélé que le statut de migrante des adolescentes et le faible soutien familial augmentaient la probabilité d'abandonner l'école et de se marier, ce qui pouvait alors conduire à une initiation sexuelle précoce. Les adolescent.e.s et adolescentes autochtones sont confrontés aux défis de la dépossession des terres, des problèmes d'enregistrement des naissances, de l'accès limité aux informations de SSR culturellement adaptées, du manque d'accès aux services judiciaires et autres services essentiels, entre autres. Les filles autochtones sont confrontées à un risque élevé de violence, en particulier dans les zones de conflit intra et intercommunautaire et dans les communautés qui ont des pratiques patriarcales profondément enracinées;
- Les adolescent.e.s anciennement associé(e)s aux forces combattantes peuvent avoir besoin de services supplémentaires de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) et d'une assistance pour se réinsérer dans la communauté, ainsi que d'autres adolescent.e.s et adolescentes qui peuvent être évités ou ignorés par les membres de la communauté comme les adolescent.e.s et adolescentes de groupes autochtones ou de migrants, les adolescent.e.s et adolescentes LGBTQIA+ ou veufs et veuves. Les enfants soldats sont également plus exposés aux IST, en particulier au VIH, et aux comportements à risque tels que la consommation de drogues et d'alcool. Les femmes enfants soldats peuvent également être confrontées à des problèmes de santé causés par des agressions sexuelles violentes, notamment une fistule traumatique mais également des grossesses non désirées et des avortements à risque;
- Les survivantes de la VBG sont confrontées à un risque accru de grossesse non désirée, d'avortement à risque, d'IST, y compris le VIH, et de stigmatisation sociale. Les survivantes de la VBG peuvent également avoir besoin de services SMSPS supplémentaires.

Quels types d'obstacles doivent être surmontés pour garantir que les adolescent.e.s et adolescentes sont en mesure d'obtenir les informations et les services dont ils et elles ont besoin ?

Les adolescent.e.s et adolescentes sont confrontés à de nombreux obstacles pour parvenir à une bonne SSR, mentionnés ci-dessous dans le contexte du Modèle Socio-Écologique (Figure C). Le modèle socio-écologique illustre les types d'influences que les adolescent.e.s et adolescentes rencontrent pour obtenir des informations et services de SSR. Le modèle reconnaît la nécessité d'aborder la santé à plusieurs niveaux et dans une optique d'émancipation sociale. Le modèle comporte quatre niveaux : individuel, interpersonnel, communautaire et structurel. À chaque niveau, différents facteurs empêchent ou aident les adolescent.e.s et adolescentes à obtenir des informations et des services de SSR.

Modèle socio-écologique

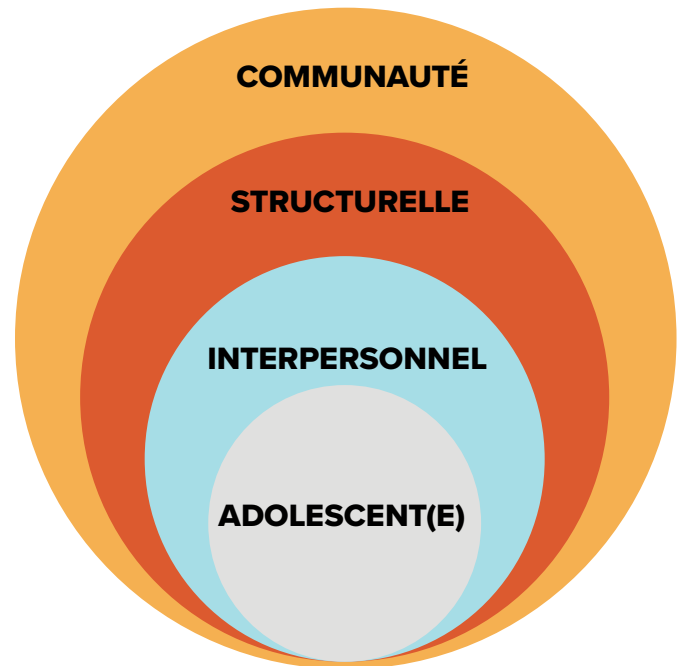
Adolescent(e) (niveau individuel) : Au centre de ce modèle se trouvent les adolescent.e.s et adolescentes. Leurs attributs biologiques et personnels, leurs attitudes, leurs croyances et leurs expériences d'obtention d'informations et de services relatifs à la SSR au sein de leur famille, de leur communauté et du système de santé affectent leur capacité à rechercher des informations et des services de qualité. Ceux-ci incluent des facteurs tels que l'âge, la personnalité, le sexe, la santé mentale, le libre arbitre et la conscience, entre autres.

Au niveau interpersonnel (relations) : Les relations que les adolescent.e.s entretiennent avec les membres de la famille, les partenaires, les pairs, les membres de la communauté et d'autres réseaux sociaux jouent un rôle dans la capacité des adolescent.e.s à rechercher des informations et des services de SSR. Leurs attitudes, leurs croyances, leurs comportements, leurs connaissances, leurs normes et leurs valeurs influencent la manière dont les adolescent.e.s recherchent des informations et des services. D'autres facteurs au niveau de la famille comprennent le revenu du ménage / le statut de richesse.

Au niveau communautaire : Les adolescent.e.s et adolescentes vivent et se socialisent dans des communautés qui sont composées d'écoles, de lieux de travail et de voisinages. Au niveau communautaire, il existe des normes sociales et culturelles qui restreignent ou soutiennent l'accès aux services de SSR, par exemple s'il est tabou de discuter des normes sexuelles ou culturelles autour de l'abstinence.

Au niveau structurel : Ce niveau se réfère à l'infrastructure et aux systèmes entourant les adolescent.e.s et adolescentes. Leur capacité à obtenir des informations et des services est influencée par la disponibilité des établissements de santé, la tolérance de leurs communautés mais également par les politiques et les lois qui restreignent ou soutiennent l'accès aux services de SSR. Cependant, dans un contexte humanitaire, l'infrastructure et / ou les systèmes peuvent être perturbés, partiellement fonctionnels ou inexistant.

Figure C : Modèle socio-écologique



Pourquoi devrions-nous privilégier la SSRA lors d'urgences ?

Dans un monde où les besoins augmentent et les ressources financières sont limitées par rapport au nombre croissant d'urgences humanitaires, certains peuvent se demander pourquoi la SSRA devrait être une priorité alors que de nombreuses personnes ont besoin d'assistance. La réponse est assez simple : nous avons le mandat humanitaire de sauver des vies. Et fournir des informations et des services de SSRA (en coordination avec les adolescent.e.s eux-mêmes) sauve des vies et a un effet positif et cumulatif sur les communautés. La communauté mondiale de la SSRA a confirmé cette accusation en 2016. Lors du Sommet humanitaire mondial de 2016, les acteurs humanitaires ont lancé le [Pacte pour les jeunes dans l'action humanitaire](#), démontrant un engagement collectif sans précédent de plus de 50 agences humanitaires pour s'assurer que les priorités des jeunes sont prises en compte et qu'ils sont informés, consultés et engagés de manière significative dans toutes les étapes de l'action humanitaire.

La SSRA est un problème majeur dans les crises humanitaires mais elle est souvent négligée ou ignorée.

La moitié des 1,4 milliards de personnes vivant dans des pays en situation de crise ou dans des conditions difficiles ont moins de 20 ans. Aujourd'hui, avec de nombreuses crises s'étirant sur plusieurs années, les adolescent.e.s peuvent parfois être déplacés ou avoir besoin d'aide humanitaire pendant une période 20 ans jusqu'à l'âge adulte et affecter leurs réalisations éducationnelles, économiques et sanitaires. Les adolescent.e.s, adolescentes (et les enfants devenant adolescent.e.s et adolescente pendant une crise) sont extrêmement touchés par les urgences humanitaires et ont besoin de services de SSR essentiels pour prévenir les grossesses non désirées et les avortements à risque; la violence sexuelle et les abus physiques, l'exploitation et la violence; les problèmes et troubles de santé mentale; les IST; et morbidités et mortalités globales.



En fait, les besoins et les risques liés à la SSRA s'intensifient en période de crise. Par exemple, pendant la pandémie de COVID-19, les mesures de confinement ont perturbé les chaînes d'approvisionnement des contraceptifs et restreint les déplacements vers les établissements de santé, tandis que la récession économique liée à la pandémie a accru les VBG, le MEPF et d'autres violations des droits - tous exacerbant davantage les besoins en SSR des adolescent.e.s.

Les adolescent.e.s sont exposés à une multitude de risques et dangers auxquels ils ne sont pas préparés. Cela inclut la violence, la violence sexuelle, les abus et exploitation, l'éloignement de la famille, le manque d'accès aux services mis à disposition, les retards ou perturbations dans l'assiduité scolaire, une soudaine perte de revenus et des soutiens familiaux / sociaux, et la détérioration générale de l'ordre public. Leur nouvel environnement peut être plein de nouveaux dangers, de sources de stress et de conditions inconnues, tels que des changements de normes relatives au mariage ou des mariages arrangés. Ces perturbations affectent considérablement la capacité des adolescent.e.s à se protéger d'eux-mêmes et à s'engager dans des activités sécurisées et saines, notamment les comportements relatifs à la SSR. Ces défis sont mentionnés ci-dessous dans la partie niveau structurel du modèle socio-écologique.

Au niveau de l'adolescent.e.s (individuel) : Les adolescent.e.s et adolescentes se retrouvent souvent contraints d'assumer les responsabilités des adultes — tels que s'occuper des autres membres de la famille ou chercher un emploi parfois dangereux ou pour lequel ils ne sont pas toujours qualifiés. Ils ou elles peuvent être contraints ou forcés au mariage ou à des relations sexuelles transactionnelles afin de pourvoir à leur besoins essentiels ou à ceux de leurs familles pour survivre.

Au niveau interpersonnel (relations) : Les familles peuvent appréhender le mariage d'enfant comme une solution face aux difficultés économiques et pour protéger leurs filles des violences. Les dix pays où le taux de mariage chez les enfants est le plus élevé sont presque tous considérés comme des pays fragiles ou extrêmement fragiles.

Au niveau communautaire : Les normes culturelles ou sociales peuvent être mises en exergue ou modifiées en cas d'urgences humanitaires, ce qui peut avoir des conséquences dévastatrices sur la santé des adolescent.e.s. Au sein des communautés de Myanmar affectées par les conflits ethniques, les responsables militaires et leaders communautaires ont découragé les jeunes à utiliser des moyens de contraception, réduit l'éducation relative à la SSR dans les écoles et les institutions communautaires, et encouragé les naissances afin de développer la culture ethnique, l'autonomie et le recrutement militaire.

Au niveau structurel : Les adolescent.e.s et adolescentes sont souvent éloignés de leur maisons et / ou pays et doivent faire face à des problèmes de statuts juridique, ainsi qu'à des divergences au niveau des lois, des religions ou valeurs culturelles, qui peuvent affecter leur bien être. Également, les adolescent.e.s et adolescentes connaîtront probablement la vie dans des environnements où leur sécurité physique peut être menacée, ce qui augmente leur risque de préjudice physique. La santé et les autres services essentiels peuvent être indisponibles ou difficiles d'accès. Les services spécialisés tels que les soins obstétricaux sont souvent plus difficiles à obtenir ou complètement inaccessibles, ce qui est un véritable problème en particulier pour les adolescentes qui sont plus vulnérables face à des complications de grossesse.

Qu'en disent les adolescent.e.s et adolescentes ?

Lors de consultations auprès d'adolescent.e.s et d'adolescentes et de la jeunesse dans 22 pays, de nombreux jeunes ont reporté avoir un accès très limité à un système de santé réceptif et adapté aux adolescent.e.s, tel qu'un soutien psychosocial. Les adolescent.e.s et adolescentes réfugié(e)s ont également peu d'occasions de participer et / ou d'être impliquées dans la réponse aux crises; aucun accès ou possibilité de discuter avec les décisionnaires; fortes inégalités homme / femme, exploitation et violence; opportunités professionnelles ou moyens de subsistance limités; liberté de mouvement limitée; et discrimination, racisme, et xénophobie — incluant les adolescent.e.s LGBTQIA+ — et une incapacité à reconnaître une reconnaissance juridique et la documentation de leur statut.

Certains adolescents et adolescentes font face à des risques plus grands dans les situations d'urgence

Comme décrit plus tôt, les adolescent.e.s peuvent cumuler vulnérabilités, risques et obstacles basés sur un nombre différents de facteurs, notamment leurs conditions de vie. Les crises humanitaires fragilisent davantage les adolescent.e.s, qui peuvent déjà être confrontés à des risques et des obstacles dus à leur âge, leur sexe, leur identité de genre, leur orientation sexuelle, leur santé, leur phase de développement, leur statut matrimonial, leurs conditions socio-économiques ainsi qu'à des facteurs contextuels et environnementaux.

Les adolescentes en situations de crise humanitaire sont particulièrement vulnérables aux VBG, à la mutilation génitale féminine, au MEPF, aux grossesses non désirées, aux avortement dangereux, aux IST (notamment le VIH), et à la mort. La violence sexuelle, tactique répandue en période de guerre, a des conséquences dévastatrices sur la santé physique des adolescentes (grossesses, avortements dangereux, etc.), mais aussi sur leur santé émotionnelle et mentale (dépression, drogue) et sociale (discrimination, exclusion, dissolution du tissu social). Une femme ou fille sur cinq déplacée de force est victime de violence sexuelle, viol ou abus. Les adolescentes courent en outre le risque d'être utilisées dans le trafic d'humains, forcées à la prostitution ou à l'exploitation et abus sexuels. Il y a également plus de risques qu'elles adoptent des comportements à haut risque comparativement à des adolescentes vivant dans un environnement stable.



61% des femmes et adolescentes dont le décès est lié à leur grossesse ou accouchement viennent de pays considérés fragiles dû à un conflit ou à une catastrophe — ce qui représente **3 / 5** du nombre total de décès maternels à travers le monde.



Les adolescent.e.s et adolescentes en situations de crise humanitaire sont victimes de nombreuses violences et d'exploitations physiques et sexuelles mais également d'agressions et possibles arrestations et / ou incarcérations par la police ou les forces de sécurité, en particulier s'ils et elles ne sont pas en mesure de déclarer officiellement leur identité. Les adolescent.e.s et adolescentes font également l'objet de trafic, utilisés comme main d'œuvre ou comme enfants soldats et / ou comme trafiquants de drogues.

1 / 3 des **89** hommes et garçons adolescent.e.s du Rohingya consultés à Cox's Bazar au Bangladesh connaissaient un homme ou un garçon ayant eu une expérience de violence sexuelle liée au conflit.



Les adolescent.e.s et jeunes garçons à Myanmar ont reporté avoir été témoins de violences sexuelles faites aux femmes au sein de leur famille ou communauté, résultant d'un trauma sévère et d'une relation fracturée au sein de la famille. Hommes et garçons ont reporté des blessures physiques et des violences sexuelles, des sentiments de honte, d'impuissance ainsi que des pensées suicidaires lors de leur fuite de la Syrie vers la Turquie.

Hausse des risques chez les adolescent.e.s en situation d'urgence

Certains sous-groupes d'adolescent.e.s font face à une hausse des risques et des vulnérabilités comparés aux autres adolescent.e.s et adolescentes (voir [Figure B](#) dans la section précédente). Les besoins, les risques et les obstacles de ces sous-groupes d'adolescent.e.s sont exacerbés en situations d'urgence. Cette liste non exhaustive met en évidence la diversité des adolescent.e.s et adolescentes à risque en période de crise humanitaire.

- Les adolescent.e.s associé(e)s à des individus qui affrontent les forces de polices;
- Les adolescent.e.s qui sont né(e)s d'un viol ayant eu lieu en période de conflit;
- Les adolescent.e.s qui s'occupent de personnes en situation de handicap;
- Les adolescent.e.s sans logement ou en logement temporaire;
- Les adolescent.e.s engagé(e)s dans (les pires formes de) travail infantile ou forcé;
- Les adolescent.e.s faisant partie de minorités linguistiques, religieuses et ethniques, notamment les jeunes de groupe indigène;
- Les adolescent.e.s chefs de famille;
- Les adolescent.e.s victimes de violences liées aux gangs;
- Les adolescent.e.s en situation de conflit avec la loi, notamment ceux en détention;
- Les adolescent.e.s exploité(e)s dans des relations sexuelles transactionnelles;
- Les adolescent.e.s atteints de VIH et autres maladie chroniques;
- Les mères adolescentes;
- Les adolescent.e.s rescapé(e)s de VBG, incluant les violences sexuelles, le trafic et d'autres formes de violence;
- Les adolescentes qui donnent naissance après avoir été violées en période de conflit;
- Les adolescent.e.s en situation de handicap;
- Les filles mariées;
- Les adolescentes mariées;
- Les adolescents et adolescentes LGBTQIA+;
- Les adolescent.e.s orphelins;
- Les adolescent.e.s réfugié(e)s ou déplacé(e)s dans leur propre pays;
- Les adolescent.e.s rapatrié(e)s;
- Les adolescent.e.s apatrides;
- Les adolescent.e.s non-accompagné(e)s et séparé(e)s;
- Les adolescent.e.s sans papier;
- Les très jeunes adolescent.e.s;
- Les adolescent.e.s veuves ou les veufs.

Quelque soit la source de leur vulnérabilité, tous les sous-groupes d'adolescent.e.s à risque demandent une attention particulière et des interventions ciblées afin de répondre à leurs besoins relatifs à la SSR en période de crise. Le tableau 1 donne des exemples d'obstacles, de hausse des responsabilités, des risques, des ressources et capacités de quelques sous-groupes d'adolescent.e.s à risque lors des situations de crise humanitaire comparés aux risques d'un adolescent ou une adolescente hors contexte de crise. Il est important de toujours garder à l'esprit et d'utiliser les capacités des adolescent.e.s, adolescentes et les atouts que la communauté a à offrir, et ce, même en période de crise.

Tableau 1 : Risques et opportunités auxquels les adolescent.e.s, adolescentes font face en période de crise

Population	Obstacles	Accroissement des responsabilités	Risques	Actifs et capacités
Les adolescent.e.s et adolescentes hors contexte de crise	Caractéristiques de la SSR, points sensibles lors des discussions sur les besoins relatifs à la SSR et stigmatisations par la communauté	• Aller à l'école • Aider la famille, par exemple en s'occupant des frères et sœurs	• Accidents de la route • Comportements à risque (drogues, alcool, rapports sexuels à risque)	• Réseaux d'adolescent.e.s (et de la jeunesse) • Soutien familial • Stratégies d'adaptation et identité positive
Femme enceinte adolescent.e.s et adolescentes en crise	Trouver les services de SSR quand le fonctionnement normal des infrastructures a été perturbé	• Prendre soin de soi-même et du bébé	• Complications de l'accouchement pour la mère et le bébé	• Club pour mères adolescentes • Engagement dans l'apprentissage
Orphelins adolescent.e.s et adolescentes en crise	Recevoir de l'assistance / des services en l'absence de chef de famille ou de responsable de l'enfant	• Trouver soi-même de la nourriture, un foyer, des soins et d'autres services	• Travail forcé, trafic d'êtres humains et recrutement dans des groupes armés	• Programmes pour adolescent.e.s • Centre adapté pour les filles • Modèle de soutien par les pairs
Adolescent.e.s avec un handicap physique en situation de crise	Mobilité réduite dans la recherche de services en raison de routes endommagées et / ou de situations d'insécurité	• Trouver des services et des éléments recherchés dans le nouveau contexte	• Blessure • Malnutrition • Isolement	• Bienveillance communautaire • Aptitudes à la résistance

