

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

IAWG
Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises



Photo : Hanna Adcock

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**

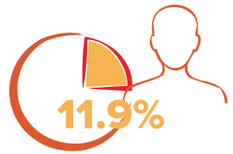
ACRONYMES

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
ART : Thérapie antirétrovirale
ARV : Antirétroviral
SSRA : Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s
SONU-B : Soins obstétricaux et néonatals 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 néonatals 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 néonatals 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.



Photo : Save the children

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 adolescentes 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 âgés (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.

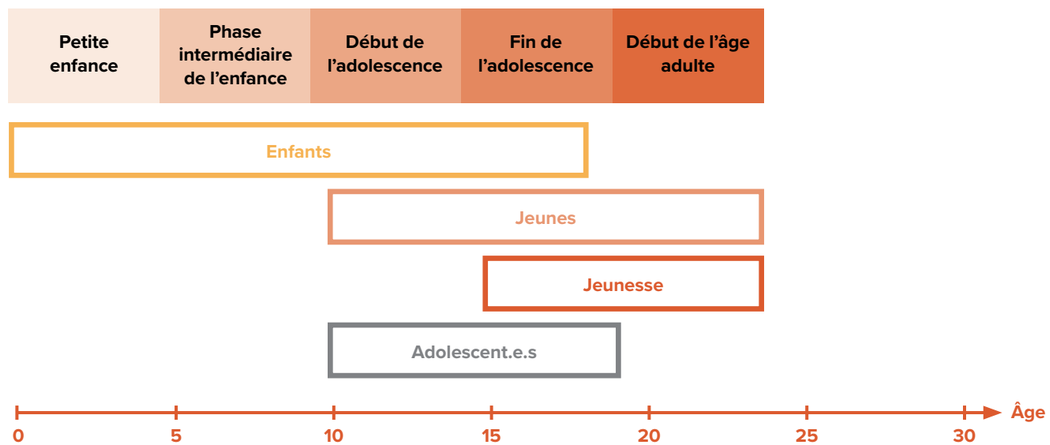
Les enfants : la Convention des Nations Unies sur le droit de l'enfant regroupe tous les individus âgés de moins de 18 ans dans la catégorie « enfant. » Les adolescent.e.s et adolescentes sont donc couverts sous sa protection jusqu'à l'âge de 18 ans.

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 positifs 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, practiciennes 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 néonatals 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.

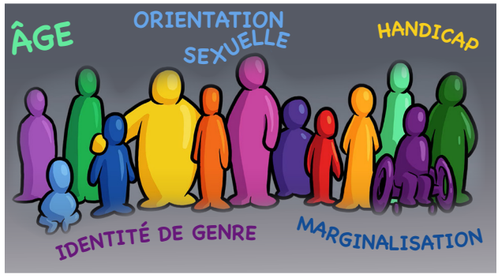


Image extraite de la vidéo La santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s dans les situations d'urgence

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

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-signalement 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).



Photo : Souvid Datta

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 violences 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 destructeur 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

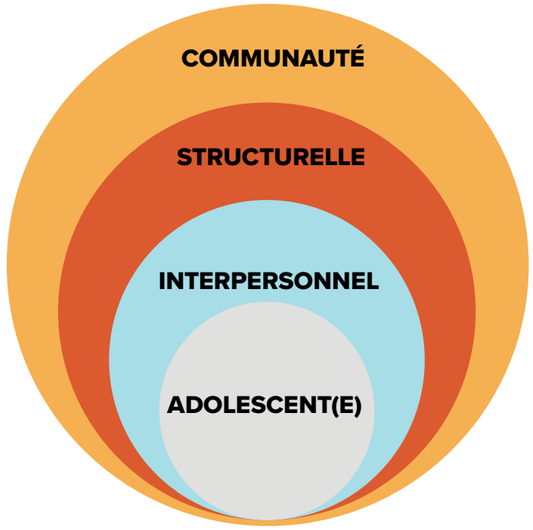
Ce groupe comprend sans se limiter aux anciens enfants-soldats, aux survivants adolescent.e.s et adolescentes de la VBG, aux adolescent.e.s vivant avec le VIH / SIDA, aux adolescent.e.s et adolescentes appartenant à des groupes autochtones et migrants ainsi qu'aux adolescent.e.s veufs et veuves. Les 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.

Figure C : Modèle socio-écologique



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 inexistants.

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.



Photo : Instituto Guttmacher

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 tissus 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 décliner 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

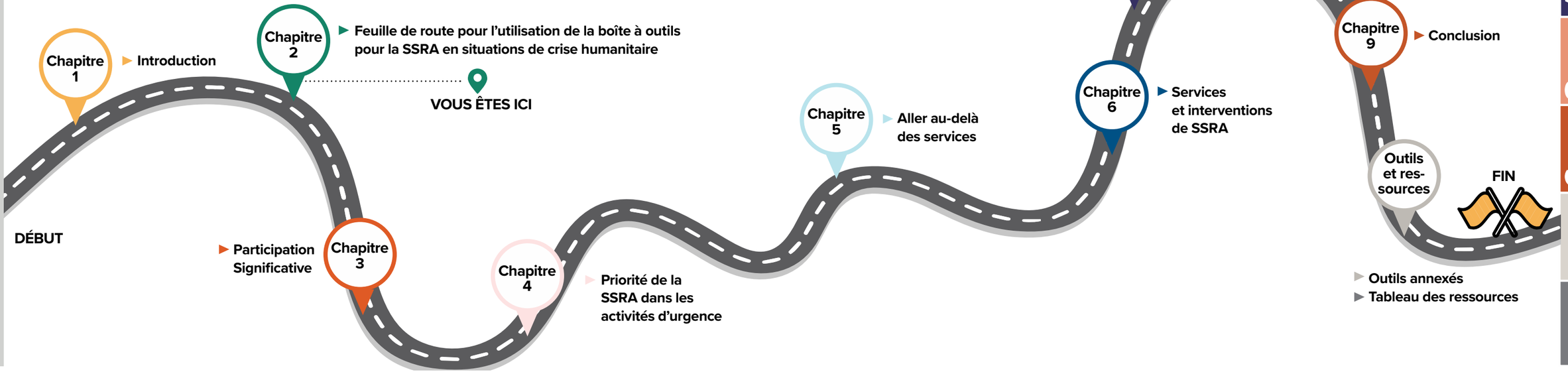
Population	Obstacles	Accroissement des responsabilités	Risques	Actifs et capacités
Les adolescent.e.s et adolescentes hors contexte de crise	Caractéristiques de la SSR, points sensibles lors des discussions sur les besoins relatifs à la SSR et stigmatisations par la communauté	• Aller à l'école • Aider 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 • communauté • Aptitudes à la résistance

Photo : UNFPA




Photo : Jonathan Hyams

CHAPITRE 2 : FEUILLE DE ROUTE POUR L'UTILISATION DE LA BOÎTE À OUTILS POUR LA SSRA EN SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE



Boîte à outils pour la SSRA dans les situations de crise humanitaire

Ce qu'est (la boîte à outils) : La boîte à outils assure des conseils pratiques pour aider les organisations et le personnel humanitaires en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR), sur l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s (SSRA). Le but ultime est d'accroître l'accès et la fourniture de services de SSR pour les adolescent.e.s en contextes d'urgence. La boîte à outils aidera aussi les organisations et leur personnel, avec la collaboration de partenaires nationaux de la mise en œuvre (bureaux gouvernementaux, organisations à base communautaire, organisations non-gouvernementales locales [ONG], etc.), à investir dans les capacités locales, ainsi que pour consolider des systèmes de santé. La boîte à outils est une ressource complémentaire au Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAFM) et au Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise. La première itération de la boîte à outils a eu lieu en 2012; les principales mises à jour de la version 2020 sont :

1. mettre d'avantage l'accent sur la participation significative des adolescent.e.s et des membres de la communauté tout au long du cycle du programme et à travers le continuum d'urgence de développement;
2. établir un processus d'établissement des priorités pour l'intégration d'activités de SSRA dans tous les secteurs humanitaires;
3. et un changement de projets sur la SSRA indépendants vers des programmes plus holistiques.

Toutes les mises à jour de la boîte à outils s'alignent sur les changements faits au IAFM en 2018. Selon le chapitre 6 du IAFM sur la SSRA, les modalités de programmation, les activités d'intervention et les orientations pour le projet abordés dans cette boîte à outils sont basées sur des preuves actuelles et sur des pratiques émergentes exemplaires pour initier et développer des programmes de SSRA (en utilisant une approche centrée sur l'être humain). La mise à jour de la boîte à outils ajoute également des données auxiliaires pour l'action et des outils de gestion que les directeurs sur le terrain peuvent utiliser lors de la mise en œuvre des activités de SSRA.

Ce que la boîte à outils n'est pas : Un dépôt de toutes les activités, des interventions et des programmes sur la SSRA dans le monde entier. Cependant, la boîte à outils fournit des conseils sur les éléments nécessaires à inclure dans les activités et programmes sur la SSRA mais également des outils et des liens vers plusieurs ressources et astuces d'intervention en matière de SSRA.

Pourquoi (nous la mettons à jour maintenant) : La boîte à outils pour la SSRA a été développée, à l'origine, en 2009 par Save the Children et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) comme un complément de l'IAFM. Depuis 2009, il y a eu une augmentation des preuves et des connaissances acquises sur le terrain. Par conséquent, en 2019, le sous-groupe de travail sur la SSRA du IAWG a commencé à corriger la boîte à outils pour la SSRA en situations de crise humanitaire conformément aux modifications apportées au IAFM (2018) et au DMU (2019) et à la publication du Guide de travail pour et avec les jeunes dans les crises humanitaires prolongés du Pacte mondial pour les jeunes dans l'action humanitaire (2020).

À qui (la boîte à outils est destinée) : Le principal public visé par la boîte à outils pour la SSRA en situations de crise humanitaire de 2020 est les coordinateurs et responsables de la SSR en situations de crise humanitaire. Ceux-ci comprennent, de manière non exhaustive, des personnes d'organisations et réseaux pour la jeunesse, des ONG nationales et internationales, des entités gouvernementales, des organismes de l'ONU et des institutions privées. Toutefois, d'autres spécialistes de la santé, comme les prestataires de service (médecins, infirmiers, sages-femmes), et le personnel humanitaire non médical (comme les gestionnaires de dossiers) pourront trouver aussi des informations utiles sur une série de questions sur la SSR qui touchent les adolescent.e.s en situations d'urgence.

Comment (utiliser la boîte à outils) : La boîte à outils comprend neuf chapitres, ainsi que des outils en Annexe, un tableau de ressources et des listes alphabétiques de toutes les sources citées tout au long de la boîte à outils (disponible en ligne), tous organisés par chapitre.*Comme le montre ci-dessus la feuille de route, les chapitres sont identifiés par code couleur et à chaque début se trouve des liens renvoyant aux chapitres pour une navigation plus rapide. La boîte à outils comprend également plusieurs encadrés pour attirer l'attention des lecteurs sur des messages importants, des facteurs à prendre en compte et des études de cas. Pour les messages importants et les facteurs à prendre en compte sur la mise en œuvre, les lecteurs peuvent les trouver dans cet encadré en couleur . Pour les études de cas, les lecteurs peuvent les trouver dans cet encadré en couleur . Pour les liens vers des conseils ou des ressources supplémentaires, les lecteurs peuvent se diriger vers le tableau des ressources avec une courte description, une citation et un lien vers la ressource.
**Remarque : Pour obtenir plus d'informations sur les sources des phrases ou paragraphes spécifiques, veuillez contacter l'adresse suivante info.iawg@wrcommission.org.*

Que doivent faire les intervenants humanitaires pour mieux identifier et répondre aux adolescent.e.s et adolescentes dans les crises humanitaires ?

Le niveau d'effort pour aborder la SSR et les droits des adolescent.e.s en situations d'urgence n'a tout simplement pas correspondu au niveau des besoins, et au fil du temps, les programmes de SSRA en situations de crise humanitaire ont été défavorisés et sous-financés. Les résultats d'un exercice de schématisation du IAWG ont montré que les projets de SSRA ne représentaient que 3,5 % de tous les projets de santé pour la période 2009-2012, et même à un niveau si bas, peu d'efforts ont été financés. Plus récemment, la SSRA est apparue comme un domaine prioritaire de l'agenda humanitaire mondial, ce qui a permis de générer plus de ressources et de mécanismes de soutien pour la programmation de la SSRA.

Il existe quelques actions spécifiques qui peuvent être prises dès le début d'une réponse humanitaire afin de s'assurer que la SSRA est reconnue et prise en compte. Ces trois actions clés sont soulignées tout au long des chapitres de la boîte à outils et s'alignent sur les conventions du IAFM et les orientations mondiales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'OMS a également élaboré un ensemble de normes mondiales pour fournir des services de soins de santé de qualité aux adolescent.e.s, adolescentes conformément à leur cadre réceptif. Pour plus d'informations sur les normes mondiales, voir l'Annexe A : normes mondiales de l'OMS visant à améliorer la qualité des services de soins de santé pour les adolescent.e.s. Les normes de l'IAFM et de l'OMS poussent le personnel de santé humanitaire à mettre en place un ensemble adapté de services de SSRA dans des établissements bien équipés et accueillants et autres points d'entrée avec un personnel compétent et en collaboration avec les parties prenantes communautaires et les adolescent.e.s eux-mêmes.

1. Inclure et impliquer les adolescent.e.s et adolescentes

Les intervenants humanitaires doivent comprendre la diversité des adolescent.e.s et développer des programmes de SSRA adaptés et inclusifs qui ciblent des groupes vulnérables spécifiques. Les programmes doivent viser à répondre à toute sortes de besoins, risques et préférences des adolescent.e.s et adolescentes en matière de SSR et prendre en compte des nombreux défis et obstacles auxquels ils et elles sont confrontés. Une approche universelle n'est pas efficace et ne parvient pas à atteindre les adolescent.e.s et adolescentes les plus vulnérables.

Les intervenants humanitaires doivent créer des opportunités pour les jeunes de s'impliquer dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de SSRA. Les preuves montrent que l'engagement significatif des adolescent.e.s est essentiel pour identifier avec précision les besoins, surmonter les obstacles de manière appropriée et fournir des services adaptés et pertinents aux adolescent.e.s et adolescentes. En outre, une programmation efficace de la SSRA utilise les capacités des adolescent.e.s et adolescentes à diriger leur propre autonomisation. Une crise humanitaire offre aux adolescent.e.s l'occasion de démontrer leur capacité à assumer de nouvelles responsabilités et de nouveaux rôles de leadership, ainsi que leur capacité d'adaptation à des environnements en évolution rapide. Les intervenants humanitaires peuvent s'assurer que les voix des adolescent.e.s et adolescentes sont impliquées dans la conception d'un programme, la mise en œuvre et le suivi d'un projet, mais cela ne s'arrête pas là. Ils peuvent faire en sorte que les adolescent.e.s et adolescentes se consacrent en tant que :

- membres actives de l'équipe;
- premières intervenantes;
- porte-paroles puissantes.

Plus d'informations sur cette approche sont précisées au Chapitre 3 : Participation significative mais également sur la façon de travailler avec les membres de la communauté pour mener à bien la programmation de SSRA.



Photo : Joshua Roberts

2. Mettre en œuvre le DMU inclusif pour les adolescent.e.s

Le DMU (un chapitre de l'IAFM) fournit des conseils sur la prestation de santé reproductive pendant les différentes phases d'une crise humanitaire et, lorsqu'il est mis en œuvre dès le début d'une crise, sauve des vies et prévient la maladie, en particulier chez les femmes et les filles. Il s'agit d'un ensemble coordonné d'activités prioritaires visant à prévenir et à répondre à la violence sexuelle, à réduire la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), à prévenir les grossesses non désirées et à passer à des services de SSR plus complets, lorsque la situation le permet.

MESSAGE CLÉ

Garantir l'accès des adolescentes à une contraception de qualité - ainsi que des soins liés à l'avortement sécurisé - dans toute la mesure de la loi est conforme à l'objectif du DMU visant à réduire la mortalité maternelle et à garantir le respect des droits des adolescent.e.s.

Le DMU est mis en œuvre dans le cadre du cycle du programme humanitaire, qui est une série coordonnée d'actions entreprises pour préparer, planifier, gérer, fournir et suivre les réponses humanitaires collectives. Tout au long de la boîte à outils, des conseils se réfèreront au cycle du programme humanitaire pour illustrer comment des facteurs à prendre en compte, des approches et des outils spécifiques devraient être utilisés à chaque étape de ce cycle - des efforts de préparation à la mise en œuvre et au cours des stratégies de relèvement rapide et de développement. La Figure D - tirée de l'IAFM - fournit une illustration de la manière dont le DMU doit être mis en œuvre pendant une crise humanitaire, ainsi que de la manière de se préparer à une crise et / ou à une transition vers une prise en charge complète du SSR lors d'une urgence humanitaire.

Le chapitre DMU de l'IAFM n'est pas spécialement conçu pour les adolescentes. C'est pourquoi la boîte à outils pour la SSRA en situations de crise humanitaire existe - pour fournir des conseils supplémentaires sur la fourniture de services de DMU qui répondent aux besoins uniques des adolescentes dans les contextes d'urgence, y compris les sous-groupes d'adolescent.e.s à risque accru, et pour fournir d'autres ressources et outils nécessaires pour aborder la SSR et les droits des adolescent.e.s. Le DMU inclusif pour les adolescentes fournit des informations non seulement sur la manière d'adapter les activités du DMU pour les adolescentes, mais aussi sur la manière d'impliquer les adolescent.e.s dans les efforts de préparation, la mise en œuvre des activités sur la SSR pendant une crise et la transition vers des soins de SSR complets pendant les crises prolongées et / ou précoces phases de relèvement. Ces stratégies pour impliquer les adolescent.e.s et adolescentes avant, pendant et après une crise sont également intégrées dans tous les chapitres de la boîte à outils.

Des conseils supplémentaires sur la manière dont le DMU peut prendre en compte les besoins des adolescentes sont fournis au Chapitre 4 : Activités prioritaires sur la SSRA en situations d'urgence.

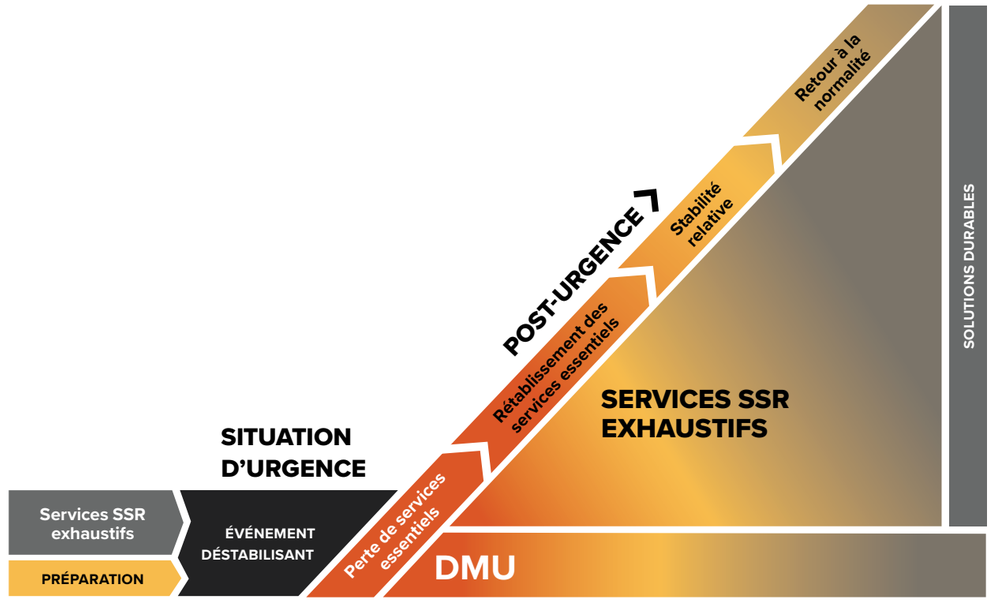
3. Assurer une programmation holistique de la SSRA

Les intervenants humanitaires doivent aborder les activités, la programmation et les projets sur la SSRA avec une perspective holistique. Une approche holistique se penche sur les besoins de la personne « dans son ensemble », pas seulement pour fournir des services cliniques de SSR. Pour fournir une programmation holistique, les intervenants doivent examiner les multiples niveaux d'influence qui ont un effet sur l'accès des adolescent.e.s aux services de SSR et leur utilisation, en utilisant le modèle socio-écologique. En abordant ces multiples niveaux d'influence, les intervenants doivent impliquer plusieurs parties prenantes (famille, communauté, partenaires de santé, collègues non-santé, gardiens, décideurs, etc.) dans des activités destinées aux adolescent.e.s - en commençant tôt dans l'adolescence pour fournir des Informations et services de SSR adaptés à l'âge et au développement qui abordent les multiples barrières auxquelles sont confrontées les adolescent.e.s. Les intervenants doivent également renforcer les liens avec les programmes, les dispositifs d'orientation et les mécanismes de coordination entre la santé et les secteurs connexes pour fournir des réponses multisectorielles, ce qui est particulièrement critique dans les situations de crise humanitaire. Tout en engageant les parties prenantes de la SSRA et en renforçant les liens multisectoriels, les intervenants doivent utiliser des pratiques exemplaires, faire preuve de flexibilité et être créatifs pour surmonter les défis en répondant aux besoins uniques de cette population.

Plus d'informations sur cette approche, comment elle s'applique aux adolescent.e.s dans des contextes d'urgence et quelles mesures les intervenants humanitaires peuvent prendre pour réaliser une programmation holistique de la SSRA sont comprises dans le Chapitre 5 : Aller au-delà des services de santé.

Dans les chapitres suivants, la boîte à outils abordera la manière de tirer parti de l'élan et de l'énergie de la communauté mondiale en ce qui concerne la SSR et les droits des adolescent.e.s à travers des études de cas, des interventions fondées sur des preuves factuelles et des conseils et matériels mondiaux issus du domaine humanitaire- avec l'objectif ultime de sauver plus de vies.

Figure D : Le continuum d'une urgence



Remarque : les crises empruntent rarement une voie linéaire et claire entre l'urgence, la stabilité, le rétablissement et le développement. Elles sont souvent complexes, avec des environnements qui connaissent des degrés variables d'amélioration ou de détérioration qui peuvent durer des décennies. La fourniture de services de SR doit donc prendre en compte la trajectoire non linéaire d'une crise et les lacunes de services dues à l'insécurité, à des priorités concurrentes ou à des escroqueries de fonds dans des contextes prolongés. L'IAFM s'applique à tous les contextes, partout où un organisme se trouve dans le continuum d'urgence.

Dans les chapitres suivants, la boîte à outils abordera la manière de tirer parti de l'élan et de l'énergie de la communauté mondiale afin d'examiner les besoins de SDSR des adolescent.e.s et, à terme, sauver des vies, au travers des études de cas, des interventions fondées sur des preuves factuelles et des conseils et matériels mondiaux issus du domaine humanitaire.



Photo : Victoria Zegler

CHAPITRE 3 : PARTICIPATION SIGNIFICATIVE

La première étape essentielle sur la feuille de route de la boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s (SSRA) est le chapitre sur la participation significative. Ce chapitre comprend des conseils sur la manière de consacrer de façon significative les adolescent.e.s et leurs communautés dans la conception, la mise en place et l'évaluation des programmes de SSRA dans les situations de crise humanitaire. Comme l'indique le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAFM), la création d'un environnement propice au leadership de la jeunesse et à une participation significative des adolescent.e.s est une approche fondée sur leurs droits et ouvre la voie à une représentation significative et inclusive au sein de groupes variés d'adolescent.e.s en situations de crise humanitaire. Il est également important de reconnaître que les adolescent.e.s et adolescentes sont influencés par des individus, des adultes, leur communauté et des facteurs sociaux. Ainsi, il est nécessaire de garantir la participation d'adultes et de communautés pour créer un environnement favorable aux adolescent.e.s et adolescentes, obtenir un vaste soutien et un engagement appuyé des adultes en faveur des programmes de SSRA et éliminer certains obstacles à l'accès aux services.

Chapitre 3 : Objectifs d'apprentissage

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

- Décrire ce qu'est la « participation significative » des adolescent.e.s et les différents niveaux d'engagements chez les adolescent.e.s;
- Expliquer en quoi l'implication de membres de la communauté dans la programmation humanitaire est nécessaire;
- Reconnaître les capacités des adolescent.e.s et identifier les opportunités et les approches permettant d'engager de manière significative les adolescent.e.s tout au long du cycle d'un programme humanitaire;
- Décrire la manière d'impliquer les adolescent.e.s dans les programmes humanitaires de SSRA.

Ce que vous trouverez dans ce chapitre :

- Un aperçu des continuums pour une participation significative des adolescent.e.s et des communautés;
- Des conseils sur la manière d'intégrer des stratégies de participation significative pour la programmation SSRA tout au long des étapes d'une urgence : préparation, réponse et rétablissement;
- Des outils pratiques et facteurs à prendre en compte sur la mise en œuvre de stratégies de participation significative.

Alors, qu'est-ce que la participation significative ?

La participation significative exige que les personnes soient en mesure de prendre part aux décisions qui les concernent directement, y compris à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des interventions sanitaires.

La participation significative est essentielle au succès et à la longévité éventuelle des connaissances, des compétences, du changement des comportements et de l'engagement dans la programmation SSRA en situations de crise humanitaire. Travailler avec des adolescent.e.s et établir des partenariats respectueux avec les communautés sont des principes fondamentaux de la programmation en matière de sexualité et de reproduction (SSR) dans les situations de crise humanitaire, comme le souligne l'IAFM.

MESSAGE CLÉ

N'oubliez pas que les adolescent.e.s et adolescentes ne constituent pas un groupe homogène et ont des besoins divers. Comme mentionné au Chapitre 1 : Introduction, leurs besoins reposent sur des identités et des facteurs socio-économiques transversaux, tels que le sexe, l'orientation sexuelle, la race, l'appartenance ethnique, la religion, la classe sociale, le handicap, et bien plus encore. Il est important de solliciter activement des conseils et d'engager de manière significative les populations vulnérables sous-représentées d'adolescent.e.s sur une base continue tout au long du cycle humanitaire.

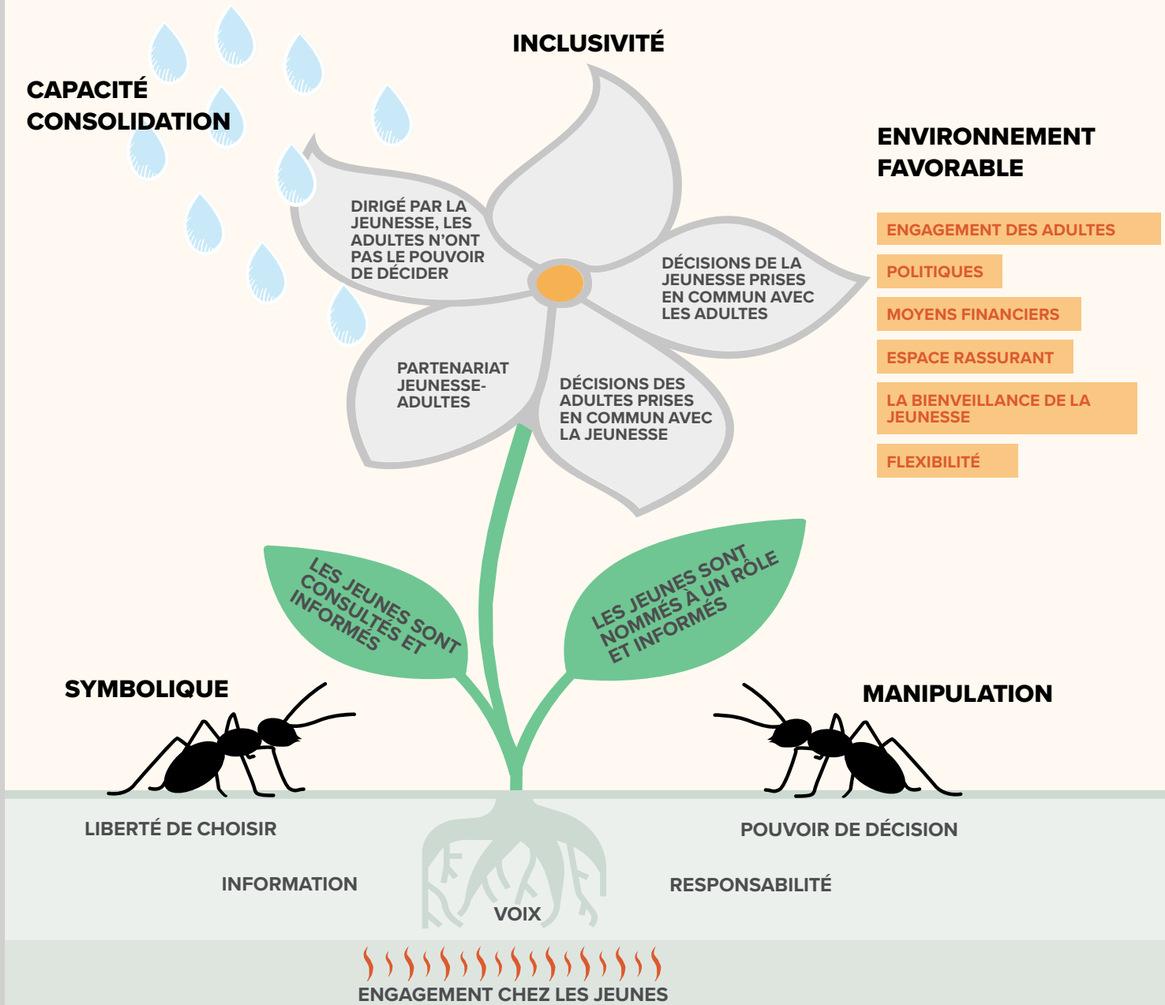
Participation des Adolescent.e.s

La participation des adolescent.e.s à tous les stades du cycle du programme peut :

- conduire à une programmation plus pertinente,;
- renforcer les effets du programme, et;
- contribuer à des partenariats significatifs entre adolescent.e.s et adultes en situations de crise humanitaire.

La participation significative des adolescent.e.s comporte divers degrés de non-participation et de participation - comme l'illustre la fleur ci-dessous. The Flower of Participation (la Fleur de Participation) est une ressource développée par CHOICE for Youth and Sexuality et YouAct qui utilise une fleur qui éclot comme métaphore pour décrire les différentes formes de participation significative avec les adolescent.e.s et la jeunesse, et l'environnement requis pour permettre une participation significative afin des'épanouir et de prospérer.

Figure E : La Fleur de Participation



Cette ressource peut être utilisée pour distinguer les différentes formes de participation et pour explorer si elles sont significatives ou non. Les racines de la fleur représentent les éléments fondamentaux de la participation significative. Les feuilles et les pétales désignent les différentes formes de participation significative. Les insectes symbolisent les formes non significatives de participation, et le soleil et l'eau illustrent les conditions préliminaires d'une participation significative.

Il est important de noter que l'augmentation de la participation des adolescent.e.s est **un processus dynamiquedans** les situations de crise humanitaire complexes. Les programmes devraient évaluer les formes de participation significative de la jeunesse avec lesquelles ils démarrent et fixer des objectifs adaptés qui cherchent à stimuler toutes les formes de participation. Chaque étape de la participation doit dépendre du projet proposé et des souhaits des adolescent.e.s concernés.

Des contextes différents exigent évidemment des niveaux de participation différents. Cependant, en favorisant un environnement inclusif, les intervenants humanitaires peuvent offrir aux adolescent.e.s et aux adultes des possibilités de renforcer leurs capacités pour atteindre des niveaux de participation plus élevés. De même, il est important de noter que les bienfaits de la participation ne sont ni automatiques ni garantis. La participation ne doit pas être un événement ponctuel (symbolisme superficiel); elle doit plutôt être considérée comme un processus en cours. Les approches participatives doivent également comporter un volet de renforcement des capacités afin que les adolescent.e.s puissent développer leurs compétences tout en se sentant habilités à contribuer de manière significative à la programmation. Différents volets du programme peuvent également fonctionner à différents stades de la participation des adolescent.e.s, et les programmes peuvent les combiner en fonction du type de décision.

Ce que disent les adolescent.e.s : « Engagez-nous dans la programmation humanitaire »

Une récente cartographie de la participation des adolescent.e.s et de la jeunesse aux programmes humanitaires (Plans d'Intervention Humanitaire et Plans Régionaux pour les Réfugiés et la Résilience) a montré que seuls 14 % des partenaires sont favorables à une participation systématique à tous les volets des programmes destinés aux adolescent.e.s et à la jeunesse y compris l'évaluation, la conception, la mise en œuvre et le suivi de leurs interventions. Trop souvent, l'engagement des adolescent.e.s et de la jeunesse est réduit à une formation ou à une consultation. Il est très rare qu'une formation ou une consultation se traduisent par une action fondée sur les apports des jeunes; si tel est le cas, l'issue de leur participation n'est souvent ni documentée ni évaluée. Il est urgent de s'éloigner des approches qui se contentent de consulter les jeunes en tant que bénéficiaires et de passer à des approches de mobilisation qui reconnaissent les jeunes comme des acteurs ayant leur propre pouvoir et le droit de s'engager dans les prises de décision.

Un nombre croissant d'acteurs humanitaires commencent à reconnaître ce besoin et à en faire une priorité. Par exemple, le Pacte pour les jeunes dans l'action humanitaire, est un engagement collectif sans précédent des principaux acteurs pour garantir que les priorités, les besoins et les droits des jeunes touchés par une catastrophe, un conflit, un déplacement forcé et d'autres crises humanitaires soient pris en compte et qu'ils soient informés, consultés et engagés de manière significative à tous les stades de l'action humanitaire.

Opportunités pour impliquer les adolescent.e.s dans des situations de crise humanitaire

Comme souligné dans l'IAFM, les adolescent.e.s doivent être impliqués :

- tout au long du cycle du programme - du diagnostic à la conception, à la mise en œuvre et jusqu'au suivi et à l'évaluation;
- et tout au long du continuum urgence-développement (préparation, réponse et rétablissement) - et pas seulement pendant la phase critique d'une urgence.

La matrice suivante donne quelques exemples de la manière dont les responsables de la mise en œuvre des programmes peuvent aider les adolescent.e.s à participer à leur tour à la mise en œuvre des programmes de SSRA dans des situations de crise humanitaire.

Tableau 2 : Guide de Participation sur la SSRA en situations de crise humanitaire

Qui engager	• Des leaders adolescent.e.s
	  • Qui sont les leaders adolescent.e.s ? Les personnes qui font preuve d'une énergie concentrée dans une activité ou une cause qui leur tient à cœur et qui ont connaissance et confiance en leur capacité d'agir.
	• Les groupes et réseaux de pairs adolescent.e.s existants
	  • Que sont les groupes et réseaux de pairs adolescent.e.s ? Il s'agit de mécanismes sociaux dans lesquels des adolescent.e.s d'identités et d'intérêts divers sont activement impliqués, qui favorisent leur bien-être et offrent des moyens de faire progresser les causes sociales et les droits des adolescent.e.s
	  • Les institutions humanitaires, telles que le Sous-groupe de travail (SGT), du Groupe de travail interinstitutions sur la santé reproductive en situations de crises humanitaires (IAWG) au sujet de la SSRA, contactent activement les réseaux d'adolescent.e.s et établissent des partenariats avec eux afin de s'assurer qu'ils siègent à la table des décisions et qu'ils dirigent des initiatives.
	• Les adolescent.e.s à risque accru (sous-groupes ayant des besoins divers en matière de SSR, idéalement des facteurs transversaux à prendre en compte). Voir le Chapitre 1 : Introduction pour plus d'informations sur les sous-groupes d'adolescent.e.s à risque accru.
	
	MESSAGE CLÉ : Les adolescentes devraient avoir un accès et une participation égaux à toutes les activités. Pourquoi ? Dans de nombreuses cultures, la répartition inégale des tâches ménagères commence tôt; les activités de sensibilisation et d'engagement peuvent devoir être adaptées à un emploi du temps qui encourage la participation des filles. Par exemple, les filles peuvent s'occuper des membres de leur famille après l'école; ou bien les filles peuvent ne pas être à l'école en raison de leurs règles ou d'une grossesse. Les rôles de leadership peuvent être alternés pour que plus de filles aient la possibilité de devenir des leaders.

Moyens d'améliorer la participation des adolescent.e.s durant l'identification des besoins et la conceptiondes programmes
 	
[Voir le Chapitre 6 : Services et interventions relatifs à la SSRA pour des directives sur les moyens d'impliquer les adolescent.e.s et les jeunes en tant que premiers intervenants.
	• Soutenir leur participation aux mécanismes de coordination humanitaire, notamment le SGT sur la SSR, le sous-cluster de la violence basée sur le genre (VBG) et le sous-cluster de la protection de l'enfance, ainsi qu'à d'autres organes de décision (tels que les comités de camp).
	  • Les adolescent.e.s sont identifiés ou désignés pour participer aux réunions des clusters et des groupes de travail et sont particulièrement encouragés à partager des informations directes sur le statut de la SSRA, les besoins et les risques au sein du groupe concerné et la meilleure façon de les atteindre
	  • Fournir un soutien logistique pour assurer un engagement actif et durable.
	• Travailler directement avec les adolescent.e.s pour soutenir les campagnes de promotion à la SSRA et les messages clés destinés aux différentes parties prenantes humanitaires.
	• Travailler directement avec les adolescent.e.s pour développer des plans d'intervention humanitaire et concevoir des stratégies de SSRA.

Voir le Chapitre 7 : Des données pour l'action pour des directives sur l'implication des adolescent.e.s dans la planification des réponses, cartographie et exercices d'évaluation et également des exemples de guides et de ressources pour le groupe focal.]	• Organiser des groupes de discussions thématiques avec des adolescent.e.s (y compris des sous-groupes à risque élevé) pour recueillir des retours d'information sur leurs besoins et solliciter leur aide pour identifier leurs pairs les plus exposés au risque. • Travailler avec les adolescent.e.s afin de dresser une liste exhaustive des services qui leur sont destinés et tenant compte de leur sexe, en vue de soutenir des programmes réceptifs à leurs besoins.

Moyens d'améliorer la participation des adolescent.e.s pendant la mise en œuvre des programmes
 	
[Voir le Chapitre 6 : Services et interventions relatifs à la SSRA pour plus d'informations sur les outils et directives permettant d'impliquer les adolescent.e.s dans la mise en œuvre]
	• Encourager les adolescent.e.s et adolescentes à partager les informations :
	  • avec d'autres adolescent.e.s et adolescentes sur l'importance d'avoir recours aux service de santé pour les survivants de violence sexuelle et de savoir où ces services sont disponibles;
	  • avec les adolescentes enceintes pour savoir où demander des soins qualifiés pour l'accouchement lorsque leurs contractions commencent;
	  • avec des pairs concernant l'accès à des services de SSR confidentiels, adaptés aux adolescent.e.s et tenant compte des spécificités de chaque sexe, y compris les méthodes contraceptives (par exemple, la contraception d'urgence), le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et les soins liés à l'avortement sécurisé.
	• Intégrer les adolescent.e.s aux efforts d'intervention par la distribution de fournitures de SSR (kits d'accouchement propres pour les adolescentes enceintes, fournitures pour la prise en charge de l'hygiène menstruelle, préservatifs, etc.).
	• Encourager les adolescent.e.s à aider d'autres adolescent.e.s à accéder aux services de SSR en les accompagnant à un centre de santé et / ou en leur permettant d'accéder au système de référence.
	• Lorsque la situation se stabilise / dans des situations prolongées, former la jeunesse au bénévolat pour contribuer à la sensibilisation, aux distributions au niveau de la communauté (lorsque cela est approprié et possible), et aux références en matière de SSR et d'autres programmes humanitaires pertinents.
	• Lorsque la situation se stabilise / dans des situations prolongées, configurer des clubs qui renforcent les réseaux de jeunesse afin de soutenir les activités de sensibilisation et de changement de comportement social pour les adolescent.e.s à risque élevé.
	• S'engager avec les réseaux de jeunesse et les plateformes de médias sociaux existants sur les efforts de préparation de SSR pour leur permettre de jouer un rôle significatif dans les futures interventions d'urgence.

Les moyens d'améliorer la participation des adolescent.e.s au suivi, à l'évaluation et à la responsabilité des programmes [Voir le Chapitre 7 : Données pour l'action pour plus d'outils et de directives sur la manière d'impliquer les adolescent.e.s dans le suivi, l'évaluation et la redevabilité]	• Renforcer les capacités des adolescent.e.s et leur permettre de fournir un retour d'information régulier sur la mise en œuvre des programmes par le biais de leur participation à la coordination de la SSR, au groupe de travail sur la prévention de la VBG, aux groupes de coordination de la protection de l'enfance, aux comités de camp, aux comités de santé et à d'autres forums similaires. • Permettre aux adolescent.e.s de participer au suivi des données pour la prise de décision et les approches de redevabilité des programmes de SSR. • S'assurer que les adolescent.e.s participent à l'évaluation des programmes de SSRA en contribuant à l'élaboration de la méthodologie, du diagnostic et au processus de collecte des données. • Renforcer les compétences de leadership chez les adolescent.e.s et la jeunesse et leur fournir un mentorat pour favoriser leur participation significative. • Développer des déclarations de capacités décrivant les activités et les résultats d'un engagement significatif des adolescent.e.s dans la programmation de la préparation et de la réponse humanitaire à la SSRA.

Source : Mises à jour de la boîte à outils pour la SSRA en situations de crise humanitaire (IAWG, 2012).

Comment identifier et engager les adolescent.e.s difficiles à atteindre

L'identification des adolescent.e.s dans les situations de crise humanitaire peut se révéler difficile— en particulier si leur mobilité est limitée, s'ils vivent dans un endroit isolé et / ou s'ils présentent de multiples vulnérabilités. Il existe un certain nombre de mesures qui peuvent être prises pour identifier systématiquement les divers groupes d'adolescent.e.s, leur localisation, ainsi que leurs capacités et besoins uniques :

1. Diriger un exercice de cartographie sociale pour identifier les différents groupes d'adolescent.e.s vulnérables dans la communauté touchée par l'urgence, y compris ceux qui se trouvent dans des endroits difficiles à atteindre;
2. Diriger un exercice de cartographie de la communauté afin d'identifier tous les différents endroits où se concentrent les adolescent.e.s, y compris les principaux points de fourniture de services de SSRA;
3. Identifier les besoins et capacités uniques en matière de SSRA des différents groupes d'adolescent.e.s à l'aide d'une évaluation et / ou d'une cartographie des résultats, créer des plans pour y répondre et développer des approches pour engager de manière significative les adolescent.e.s dans la programmation.

La Women's Refugee Commission a mis au point l'Approche I'm Here ensemble complémentaire d'étapes et d'outils pour smartphones — notamment des balayages des ressources des zones de service par système de positionnement mondial (GPS), des outils de suivi en temps réel et un tableau de bord analytique. Cela permet aux humanitaires d'atteindre rapidement les adolescentes les plus vulnérables, en assurant leur sécurité, leur santé et leur bien-être dès le début de la réponse à une crise.

L'engagement des adolescent.e.s aux réunions de coordination

Les adolescent.e.s doivent être identifiés ou désignés pour participer aux réunions des groupes sectoriels et des groupes de travail—en particulier le groupe de travail sur la santé reproductive (SR) / groupe de travail sur la SSR et le sous-cluster de la protection de l'enfance—afin de partager des informations directes sur le statut de la SSRA, les besoins et les risques au sein du groupe touché et la meilleure façon de les atteindre. Leur représentation dans ces forums garantit que les interventions soient conçues par les adolescent.e.s eux-mêmes et leur rendent compte. Il est important de veiller à ce qu'un mécanisme soit mis en place pour aider ces adolescent.e.s à développer leur confiance, leurs compétences, leurs connaissances et leur réflexion critique, et pour leur donner la possibilité d'exercer leur pouvoir et de contribuer à la prise de décision.

Les adolescent.e.s facilement identifiables, tels que les étudiant.e.s universitaires, les leaders de la jeunesse et les éducateurs pairs, peuvent ne pas être représentatifs de la majorité de la jeunesse concernée. Au début d'une crise, il peut être difficile d'identifier les adolescent.e.s les plus représentatives, y compris celles issu.e.s de sous-groupes à risques élevés. Cependant, tous les efforts doivent être faits pour définir les critères d'identification et de désignation des adolescent.e.s affecté.e.s et à haut risque pour représenter leurs pairs dans les réunions du groupe de travail sur la SR et dans d'autres forums. N'oubliez pas que les adolescentes et les groupes d'adolescent.e.s vulnérables doivent avoir le même accès et la même participation à toutes les activités!

ÉTUDE DE CAS

Participation de la jeunesse en Indonésie

Après le tremblement de terre de 2018 à Lombok, en Indonésie, la Fédération Internationale Pour La Planification Familiale (IPPF), l'Association de planification familiale d'Indonésie (IPPA) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) Indonésie ont collaboré pour établir un modèle intéressant permettant la participation et la redevabilité de la jeunesse. Au départ, il était difficile de s'assurer que les différentes voix de la jeunesse étaient incluses dans les mécanismes de coordination, et il est apparu que celle-ci ne se sentait pas toujours à l'aise pour partager leurs expériences au sein de la coordination en raison de la stigmatisation et du manque d'acceptation dans certains cas. Par la suite, les bénévoles de la jeunesse de l'IPPA ont formé un forum de jeunesse - géré et dirigé par eux-mêmes - qui a permis au groupe de se réunir et d'identifier les besoins spécifiques, les obstacles et les stratégies pour répondre à leurs besoins en matière de SSR pendant l'intervention. Le forum de la jeunesse a abordé des points d'action spécifiques, de stratégies et de recommandations à soulever lors des réunions de la grappe SSR par l'intermédiaire du personnel de l'IPPA. S'il est sans doute important d'inclure la jeunesse dans les mécanismes de coordination, l'IPPA a estimé qu'il était préférable de créer des forums où elle se sent à l'aise et dispose d'une plateforme pour partager leurs opinions sans être stigmatisés. Il est important que ces forums soient dirigés et gérés par la jeunesse elle-même, car c'est un facteur clé de succès.

La participation des adolescent.e.s reste essentielle dans les situations de crise, même si les conditions favorables qui encouragent la participation des adolescent.e.s - notamment le temps, le financement et l'engagement - peuvent être limitées par les circonstances d'urgence. Cependant, il existe des possibilités uniques dans les urgences d'engager les adolescent.e.s dès le début de l'urgence. Les adolescent.e.s ont montré, lors des urgences, comment ils peuvent être les premiers intervenants actifs, prêts à être rapidement formés et mobilisés pour distribuer des kits, participer à la collecte de données pour des évaluations rapides, aider à l'enregistrement des camps et à la distribution de nourriture, diffuser des annonces sur les camps et des messages sanitaires, et servir de bénévoles dans les centres de santé et d'éducation et dans les espace adaptés aux enfants. Deux organisations différentes ont documenté la façon d'engager de manière significative la participation des adolescent.e.s à la préparation aux catastrophes et à la planification des interventions d'urgence : Restless Development et ActionAID ont élaboré un guide de programme, Transfert du pouvoir aux jeunes - Comment les jeunes peuvent diriger et conduire des solutions dans l'action Humanitaire et l'UNICEF a créé des conseils pratiques sur l'engagement des adolescent.e.s et de la jeunesse dans la lutte contre la COVID-19. De plus amples informations sur la manière d'impliquer les adolescent.e.s en tant que premiers intervenants et dans les activités de données pour l'action figurent au Chapitre 6 : Services et interventions relatifs à la SSRA et au Chapitre 7 : Des données pour l'action.

En plus de la participation des adolescent.e.s aux phases de réponse aiguë et de situations / rétablissement prolongées, il est tout aussi important d'assurer leur participation à la phase de préparation. Cela peut être rendu possible par la cartographie des réseaux de jeunesse; le renforcement des compétences dans les domaines techniques de la SSR ainsi que dans les compétences de leadership; et le travail visant à modifier les normes en matière de genre et de pouvoir pour faire place à la voix des jeunes dans les organes de décision et les structures de responsabilité aux niveaux national, provincial et local / communautaire, y compris les groupes de travail techniques, les comités de camp et les comités de développement sanitaire. De plus amples informations sur la cartographie des réseaux de jeunesse sont fournies au Chapitre 7 : données pour l'action, et des informations sur l'amélioration des compétences de leadership et d'autres atouts des adolescent.e.s et des leaders de la jeunesse sont incluses au Chapitre 6 : services et interventions relatifs à la SSRA.

ÉTUDE DE CAS

Engagement de la jeunesse dans les activités de préparation au Bangladesh

Dans le cadre des efforts de préparation dans les zones côtières du Bangladesh, touchées par des inondations cycliques, Plan International Bangladesh a développé des groupes de jeunesse et a soutenu le renforcement de leur capacité à mobiliser leurs communautés au moment où le gouvernement émettait des signaux d'alerte météorologique. Cela a permis aux jeunes de servir en tant que premiers intervenants en soutenant leurs communautés dans leurs efforts de coordination et en partageant des informations sur la disponibilité des foyers à proximité et sur les endroits où recevoir une assistance immédiate.

Comment les responsables de la SSR peuvent-ils / elles créer un environnement favorable à une participation significative des adolescent.e.s ?

- **Il est important d'obtenir l'engagement des adultes** et des parties prenantes ayant un pouvoir de décision et de l'influence pour s'assurer que les politiques, les programmes et les ressources sont disponibles pour favoriser un environnement convivial, inclusif, flexible et équitable pour les adolescent.e.s;
- **Le recrutement intentionnel** d'un échantillon diversifié d'adolescent.e.s crée des opportunités payantes pour les jeunes pour participer à la programmation;
- **La prévision d'un budget pour la participation des adolescent.e.s** aux plans et aux activités des programmes SSR garantit des ressources appropriées et le processus d'établissement des priorités de leur participation. Par exemple, les directeurs SSR peuvent fournir des fonds pour couvrir les frais de voyage et le matériel pour les adolescent.e.s / la jeunesse, puisqu'ils ont souvent peu de moyens pour payer les coûts associés au voyage et à la participation;
- **Le renforcement des compétences en cours et le mentorat continus** des adolescent.e.s en matière de SSRA, la clarification des valeurs, la représentation et la promotion des droits, la mise en œuvre des programmes et la recherche sur votre plan de programme garantissent la durabilité et le soutien continu des adolescent.e.s;
- **Le renforcement des capacités et des atouts** des mouvements de jeunesse actuels, des organisations de jeunesse et des organisations communautaires permet à ces réseaux et organisations de s'engager davantage dans la réponse;
- **La formation du personnel du programme** à l'adoption d'attitudes favorables aux adolescent.e.s et non discriminatoires garantit que les adolescent.e.s soient traités avec respect et reçoivent les meilleurs services de SSR dont ils ont besoin;
- **L'adoption d'une approche « ne pas nuire »** pour toutes les interactions avec les adolescent.e.s est nécessaire pour éviter l'exploitation et abus sexuels, qui aggravent les inégalités, la discrimination, les conflits, l'insécurité et la détérioration de l'environnement pour les adolescent.e.s dans les situations de crise humanitaire.

[Voir Services de proximité et plateformes de sensibilisation dans le Chapitre 6 : Services et interventions relatifs à la SSRA pour plus d'informations et d'outils sur ces activités, ainsi que des conseils pour superviser les adolescent.e.s / la jeunesse en tant que premiers intervenants. Voir également le Chapitre 8 : Notes et outils d'orientation pour le directeur pour plus d'informations sur la supervision du personnel, y compris les adolescent.e.s / la jeunesse.]

MESSAGE CLÉ

Les défis communs aux professionnels sur le terrain consistent à maintenir la participation des adolescent.e.s tout au long du cycle du programme et à atteindre les adolescent.e.s au-delà de ceux qui sont ciblés par le programme — comme les adolescent.e.s handicapé.e.s et les adolescentes enceintes, ou les adolescent.e.s recruté.e.s comme leaders, tels que les éducateurs pairs. Il existe un besoin permanent d'engagement intergénérationnel qui consiste à investir dans des activités de renforcement continu des compétences des adolescent.e.s, y compris la supervision en cours et le soutien de leur capacité à servir de mentors à d'autres / jeunes adolescent.e.s.


Photo : Tommy Trenchard

Participation de la communauté

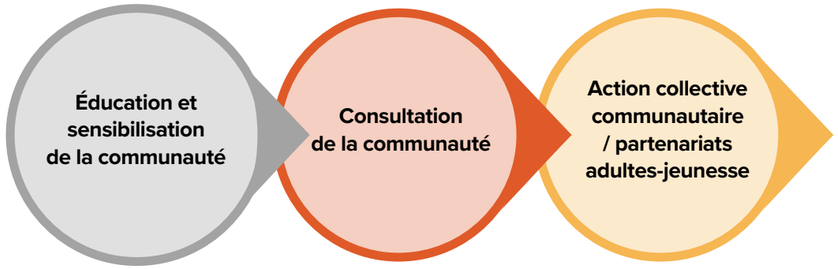
Les agences de mise en œuvre, le personnel de santé et les adolescent.e.s peuvent adopter les programmes de SSRA et les leaders de la jeunesse, mais ces programmes ne seront probablement pas rentables s'ils ne reçoivent pas le soutien et l'engagement de la communauté locale, y compris des parents et autres adultes responsables. Les communautés et les tuteurs jouent un rôle important dans la réduction de la stigmatisation avec les programmes de SSRA et dans le soutien aux adolescent.e.s et aux familles vulnérables. Pour avoir des conséquences durables, un programme doit conduire non seulement à des changements dans les connaissances, les compétences et les comportements des individus (dans ce cas, des adolescent.e.s), mais aussi à des changements sociaux et structurels. Même dans les situations d'urgence, les parents et les membres de la communauté doivent être impliqués et consultés dès la phase de conception des programmes de SSRA.

La participation communautaire englobe une continuité d'approches, comme indiqué ci-dessous. Comme pour la participation des adolescent.e.s, il existe différents degrés de participation des adultes, certains étant plus significatifs que d'autres.

MESSAGE CLÉ

N'oubliez pas qu'il est important se s'engager avec les décideurs et les parties prenantes de la communauté afin de s'assurer qu'ils sont ouverts à l'idée des programmes de SSRA. En plus du dialogue intergénérationnel, les approches tenant compte de l'égalité des sexes devraient être abordées dans le cadre de la continuité de la participation communautaire. Pour plus d'informations, veuillez vous référer à la boîte de discussion du Chapitre 6 : services et interventions relatifs à la SSRA, une boîte qui aborde l'adoption d'une perspective d'intégration du genre pour la programmation de la SSRA.

Figure F : Continuité de la participation de la communauté



Éducation et sensibilisation de la communauté

À l'une des extrémités de la continuité, les adultes et la communauté en général sont simplement exposés aux activités de sensibilisation à la SSRA, en utilisant une variété de techniques d'information, d'éducation et de communication (IEC). Bien qu'il puisse être difficile de maintenir l'intérêt et la participation pour tout type de travail de proximité, ces types d'activités de sensibilisation à la SSRA peuvent contribuer à encourager le dialogue intergénérationnel, à élargir la discussion sur des sujets tabous et à faire tomber la stigmatisation et les attitudes discriminatoires. Souvent, de telles activités sont essentielles pour rendre possibles les interventions de SSRA et pour créer un climat favorable pour les introduire. L'intégration de ces activités d'IEC dans des événements communautaires, tels que des festivals et des événements sportifs, et dans de multiples plateformes de médias sociaux peut être utile pour atteindre un grand nombre de personnes. Cependant, afin qu'elles aient un effet durable, ces activités doivent s'inscrire dans une approche plus longue et soutenue, plutôt que dans le cadre de réunions ponctuelles.

ÉTUDE DE CAS

Renforcement du soutien en matière de SSRA dans les communautés touchées par la crise au Soudan du Sud et au Nigeria

Dans le cadre d'une étude de recherche opérationnelle sur la SSRA menée au Nigeria et au Soudan du Sud, le Comité international de secours (IRC) a organisé des réunions avec les leaders communautaires et les parents d'adolescent.e.s afin d'améliorer leurs connaissances sur la SSRA et de discuter des moyens de mieux soutenir la SSRA dans leurs communautés. Lors de ces réunions, l'IRC a utilisé des activités participatives pour discuter de la puberté, des mythes communs et des idées fausses autour de la SSRA, et pour réfléchir aux moyens d'améliorer le soutien de la communauté à la SSRA. La boîte à outils a fourni des exemples de plans de sessions de l'IRC pour la conduite de réunions avec les parents et les membres de la communauté.

Mais que faire si les chefs de la communauté ne veulent pas parler des adolescent.e.s ayant des rapports sexuels ?

Pour que les activités de sensibilisation de la communauté soient les plus efficaces possibles, elles doivent s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination qui entourent l'activité sexuelle des adolescent.e.s, ouvrir le débat sur la SSR et remettre en question les normes sexospécifiques. Il est prouvé que les programmes qui abordent intentionnellement les normes sexospécifiques et les déséquilibres de pouvoir entre les sexes, qui impliquent les membres de la communauté et de multiples parties prenantes et qui favorisent une prise de conscience et une participation critiques des membres de la communauté concernée peuvent améliorer de manière significative les résultats en matière de santé et de genre chez les adolescent.e.s.

Consultation de la communauté

L'étape suivante de la continuité est la consultation de la communauté - où les responsables de la mise en œuvre des programmes humanitaires consultent ou s'engagent avec les membres de la communauté pour atteindre un but concret. Par exemple, les organisations à base communautaire, les groupes d'entraide et les réseaux d'adultes et d'adolescent.e.s peuvent aider à identifier les adolescent.e.s à risque, à fournir des références vers des services ou à leur apporter un soutien direct. La consultation des décideurs locaux, tels que les leaders traditionnels et religieux, est essentielle pour créer un environnement favorable à la SSRA et sensibiliser aux risques spécifiques auxquels sont confrontés les adolescent.e.s.

Action collective communautaire

À l'autre extrémité de la continuité, on trouve l'action collective communautaire, où la communauté est impliquée dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de SSRA afin de s'assurer que les besoins de la population sont satisfaits et durables à long terme.

ÉTUDE DE CAS

Le projet Vijana Juu de CARE

Un élément clé du projet Vijana Juu de CARE au Nord-Kivu, en République démocratique du Congo (RDC), était l'utilisation de la carte de pointage communautaire - une approche de la redevabilité dirigée par les citoyens pour l'appréciation, la planification, le suivi et l'évaluation de la prestation de services. Dans le cadre de Vijana Juu, CARE a invité les adolescent.e.s à partager leurs idées concernant la manière dont les centres de soins locaux et les membres de leur communauté pourraient mieux répondre à leurs besoins en SSR et a ensuite invité les prestataires de santé à prendre en compte des difficultés identifiées lors la prestation de services de SSR aux jeunes. Des représentants des deux groupes se sont alors réunis pour élaborer une stratégie commune d'amélioration ainsi que des indicateurs correspondant à ce qu'ils considèrent comme des services sensibles aux besoins d la jeunesse, qui feront l'objet de suivi afin de mesurer les progrès accomplis au regard de leurs objectifs. Des adolescent.e.s ont été régulièrement encouragé.e.s à contrôler que la prestation des services de santé est bien adaptée à la jeunesse et pour collaborer avec des prestataires de santé et des leaders dans le but de renforcer la qualité du programme.

N'oublions pas qu'il s'agit d'un continuum dans lequel la participation et l'engagement sont indissociables

Comme exposé dans le Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise (DMU) et l'IAFM, il est souvent délicat, dans les premiers stades d'une situation d'urgence, de mettre en œuvre des approches de participation communautaire au-delà de l'éducation communautaire et de la sensibilisation, en particulier lorsque les activités de programmation du développement ou de préparation entreprises en amont de l'urgence sont limitées. Les efforts en matière d'intervention d'urgence peuvent cependant s'appuyer sur des activités de sensibilisation et tendre à appliquer des approches concourant à l'action collective communautaire, même en situation d'urgence.

Plusieurs modèles visant la participation des adolescent.e.s élaborés initialement dans une optique de développement avant d'être adaptés à des contextes de fragilité mettent l'accent sur l'action collective communautaire et les partenariats entre adolescent.e.s et adultes. Ces modèles sont essentiels pour réunir adolescent.e.s, parents, prestataires de services de santé et membres des communautés afin d'identifier les besoins de SSR des adolescent.e.s et d'élaborer et appliquer des programmes visant à y répondre, tout en assurant la participation des adolescent.e.s à tous les aspects du cycle programmatique.

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA MISE EN ŒUVRE

Les relations entre les adultes et la jeunesse fournissent un facteur de protection

S'il est vrai que l'objectif principal de la programmation en matière de SSRA est de fournir une assistance sur-mesure pour répondre aux besoins particuliers des adolescent.e.s en leur donnant une place centrale, des environnements sûrs et solidaires constituent un facteur de protection clé pour le développement en santé et le bien-être des adolescent.e.s et adolescentes. Comme exposé dans la Figure C : modèle socio-écologique, les adultes jouent un rôle important à cet égard et peuvent aider les adolescent.e.s et adolescentes à évaluer les conséquences de leurs comportements (comportements à risque notamment) et à identifier les options à leur disposition. L'influence intergénérationnelle d'au moins une adulte positive et une famille encourageante constituent des facteurs protecteurs au cours de cette période de développement et peuvent aider les adolescent.e.s et adolescentes à faire face au stress et développer leur résilience.

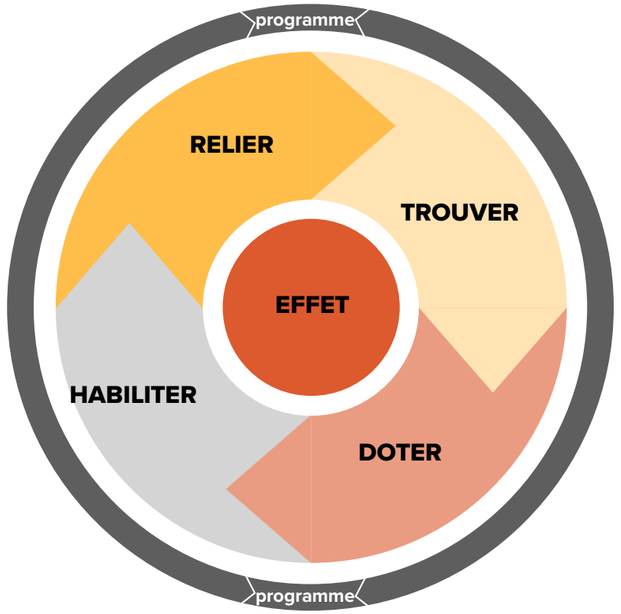
Les programmes peuvent travailler avec les parents responsables des adolescent.e.s et adolescentes afin d'améliorer leurs compétences parentales et le soin qu'ils prennent d'eux-mêmes, renforcer les relations entre adolescent et son responsable, établir un lien entre les familles et des services multisectoriels et sensibiliser aux problématiques de SSRA. Parmi les exemples de programmes et d'explications figurent le programme Girl Shine Caregiver Curriculum et Families Make a Difference.

Ce chapitre fournit des indications sur l'importance de l'identification, de la facilitation, de l'équipement et de la mise en relation des adolescent.e.s avec les parties prenantes dans la communauté afin d'assurer une participation significative et efficace des adolescent.e.s au cycle programmatique humanitaire. La Figure G résume chaque processus de participation significative des adolescent.e.s sous la forme d'une carte du processus, qui constitue une adaptation du projet « YIELD Project ».



Photo : Daphnee Cook

Figure G : carte du processus de participation significative des adolescent.e.s



TROUVER : identifier et engager les adolescent.e.s, dans toute leur diversité, à participer aux efforts en matière de SSRA dans tout l'écosystème.

DOTER : fournir une formation et un soutien permanent pour développer les connaissances, les compétences et les capacités des adolescent.e.s.

HABILITER : entretenir des environnements porteurs avec des décideurs et des contrôleurs au sein de la communauté, qui réduisent la stigmatisation et permettent aux adolescent.e.s de s'exercer à l'autonomie et de devenir des leaders et des contributeurs actifs aux efforts en matière de SSRA.

RELIER : créer des voies pour permettre aux adolescent.e.s participants de s'engager avec les adultes lors de crises humanitaires.

SUIVRE : élaborer et appliquer des systèmes de suivi et d'évaluation qui documentent les résultats de la participation des adolescent.e.s à différents niveaux de la carte du processus de participation significative des adolescent.e.s.

À mesure que nous évoluons dans feuille de route de la boîte à outils, la participation significative des adolescent.e.s et des membres de la communauté sera mise en lumière au cours de toutes les phases du continuum humanitaire et pour toutes les parties du cycle programmatique. Le chapitre qui suit—les activités prioritaires relatives à la SSRA en situation d'urgence—décrit l'importance de la mise en œuvre d'activités et de priorités du DMU tenant compte des besoins, freins et capacités des adolescent.e.s.

Outils de participation

Ce qui suit est une présentation de certains outils et ressources de participation à l'intention des directeurs de programme qui commencent à travailler avec des adolescent.e.s et des jeunes. Comme les autres documents à vocation d'instructions, ceux-ci doivent être adaptés à chaque intervention et cadre, en fonction de la situation. Dans les chapitres 6, 7 et 8, la boîte à outils fournit des instructions, outils et ressources supplémentaires pour intégrer les adolescent.e.s à chaque phase du cycle programmatique (conception, mise en œuvre, suivi et évaluation) et du cycle humanitaire (préparation, réponse et rétablissement).

La boîte à outils pour l'engagement des adolescent.e.s et de la jeunesse contient un certain nombre de ressources pratiques visant à soutenir les implementeurs humanitaires dans la planification de la participation des adolescent.e.s, notamment :

- *Principes de participation des jeunes :*
  Définit les principes fondamentaux devant guider l'engagement des adolescent.e.s (Annexe B);
- *Nécessités de base pour la planification de la participation et de l'engagement des jeunes :*
  Ce pense-bête aide les agents de mise en œuvre à planifier l'engagement des adolescent.e.s et peut être créé par adaptation ou utilisation des nécessités incluses dans le tableau (Annexe C);
- *Actions clés pour augmenter l'engagement des jeunes dans la programmation :*
  Cette ressource décrit la marche à suivre pour augmenter l'engagement de la jeunesse dans le cycle de programmation ainsi que dans le processus de programmation humanitaire interagence (Annexe D).

Il existe plusieurs modèles de participation significative des adolescent.e.s et de la communauté, qui peuvent être adaptés à des situations de crise humanitaire, comme décrit plus tôt dans le projet Vijana Juu de CARE. Bon nombre de ces modèles de programmes aident à guider les groupes d'adolescent.e.s, les membres de la communauté et les prestataires de services de santé dans un processus itératif visant à identifier les obstacles et les agents facilitateurs de la SSRA au sein de leurs communautés, à élaborer et appliquer des actions visant à les résoudre et à créer des partenariats entre les adultes et la jeunesse pour progresser vers les objectifs de SSRA. Chacun de ces outils présente une vue d'ensemble du cadre programmatique mais également un guide du facilitateur accompagné d'instructions pour les différentes activités du programme. Les directeurs de programmes doivent s'assurer de la disponibilité de ressources, de temps et de personnel adaptée pour une mise en œuvre efficace et effective de toutes les activités du programme.

Exemples de modèles de participation significative :

- Qualité définie par le partenariat pour la jeunesse;
- La carte communautaire de performances;
- Recherche-action participative pour SSRA;
- Guide pour la participation de la jeunesse : évaluation, planification et mise en œuvre.



Photo : Souvid Datta



Photo : Victoria Zegler

CHAPITRE 4 : PRIORITÉ DE LA SSRA DANS LES ACTIVITÉS D'URGENCE

La prochaine étape de la feuille de route de la boîte à outils concerne les activités prioritaires en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s (SSRA) dans les situations d'urgence, en donnant des orientations sur la façon de mettre en œuvre le Dispositif minimum d'urgence pour les adolescent.e.s (DMU). Le DMU destiné aux adolescent.e.s met en avant les activités essentielles en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) que les organisations humanitaires doivent mettre en œuvre en priorité dans les situations d'urgence pour répondre aux besoins uniques des adolescent.e.s. Ces activités doivent être mises en œuvre dès l'apparition d'une situation d'urgence jusqu'à la phase de relèvement.

Objectifs d'apprentissage du Chapitre 4

À la fin de ce chapitre, les lecteurs devraient être en mesure de :

- Fournir des exemples d'activités SSR pour les adolescent.e.s à partir de chacun des six objectifs du DMU;
- Décrire la principale action prioritaire du DMU, à savoir offrir des soins liés à l'avortement sécurisé aux adolescentes.

Parlons du DMU

Le DMU est un ensemble d'activités prioritaires vitales qui visent à lutter contre la mortalité, la morbidité et le handicap chez les populations frappées par des crises en prévenant la violence sexuelle et en répondant aux besoins des survivant.e.s, en réduisant la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), en évitant les grossesses non désirées, et en passant à des services de SSR plus complets pendant la phase de relèvement ou les situations de crise chronique ou prolongée. Le DMU est la norme internationale de soins qui met en avant l'action humanitaire déployée pour répondre aux besoins des populations en matière de SSR, y compris des adolescent.e.s, dès l'apparition d'une situation d'urgence (dans la mesure du possible, dans un délai de 48 heures). Toutes les activités du DMU doivent être mises en œuvre simultanément grâce à une action coordonnée de tous les partenaires pertinents.

Le DMU fait partie du Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAFM) qui est la source digne de foi et fournit des orientations sur la fourniture de services de SSR pendant les différentes phases d'une catastrophe humanitaire. L'IAFM a été mis à jour en 2018, et le DMU (chapitre 3 du Manuel) a été actualisé en 2019. Le DMU est également une norme sanitaire dans le manuel Sphere édition 2018 : Charte humanitaire et normes minimales en matière d'intervention humanitaire. Lorsqu'il est mis en œuvre dès l'apparition d'une crise, **le DMU sauve des vies et prévient les maladies, en particulier chez les femmes et les filles.**

Les six objectifs du DMU sont :

1. Veiller à ce que le secteur / le groupe sectoriel de la santé choisisse une organisation chargée de mener la mise en œuvre du DMU.
2. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivant.e.s.
3. Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles (IST).
4. Lutter contre les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales.
5. Éviter les grossesses non désirées.
6. Prévoir dès que possible des services de SSR complets, intégrés aux services de santé primaires. Travailler avec le secteur / le groupe sectoriel de la santé pour traiter les six pierres angulaires du système de santé.

   Autre activité prioritaire : il est également important de veiller à offrir des soins liés à l'avortement sécurisé, avec toute la rigueur de la loi, dans les centres de santé et les hôpitaux.

AUTRE ACTIVITÉ PRIORITAIRE DU DMU : soins liés à l'avortement sécurisé

Il est essentiel de mettre à disposition des soins liés à l'avortement sécurisé pour sauver les vies des femmes et des adolescentes qui vivent dans des situations fragiles. Dans les crises humanitaires, les adolescentes font face à des obligations, des obstacles et des restrictions de taille pour accéder à des soins liés à l'avortement sécurisé. Cette situation engendre un cercle vicieux qui pousse les adolescentes à recourir à l'avortement à risque / non sécurisé, à solliciter tardivement de l'aide lors des complications liées à l'avortement, et à accéder tardivement à des services après la grossesse. Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 1 : introduction, le nombre élevé d'adolescentes qui continuent de recourir à des avortement à risque / non sécurisé fait qu'il est crucial de veiller à ce qu'elles aient accès à des soins liés à l'avortement sécurisé, quelle que soit leur situation maritale.

Le DMU inclut les soins liés à l'avortement sécurisé dans les activités prioritaires et recommande les soins liés à l'avortement sécurisé avec toute la rigueur de la loi. Les soins post-avortement restent une fonction de signal des soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU), qui nécessitent une gestion rapide et appropriée des avortement à risque / non sécurisé et des fausses couches (soins post-avortement) pour toutes les femmes et les filles.

Comme le souligne l'objectif 4 du DMU, l'IAFM de 2018 se réfère explicitement aux soins liés à l'avortement sécurisé et fournit des orientations à jour sur la fourniture de ces soins dès l'apparition d'une crise, qui consistent entre autres à :

Répondre aux besoins des victimes d'agressions sexuelles.

- Les victimes ont le droit de bénéficier de tests de grossesse, de conseils sur les choix pour la grossesse, et des soins liés à l'avortement sécurisé dans toute la rigueur de la loi

Avec toute la rigueur de la loi, comme une autre « priorité de SSR » :

- Lorsque la capacité existe, l'accès aux soins liés à l'avortement sécurisé doit être facilité *dès l'apparition d'une situation d'urgence*
- Lorsque la capacité n'existe pas, les soins liés à l'avortement sécurisé doivent être mis à disposition lorsque les activités prioritaires du DMU_sont amorcées.

Pour des directives techniques et cliniques précises concernant les soins liés à l'avortement sécurisé, veuillez consulter le DMU et le manuel IAFM.



Photo : Sacha Myers

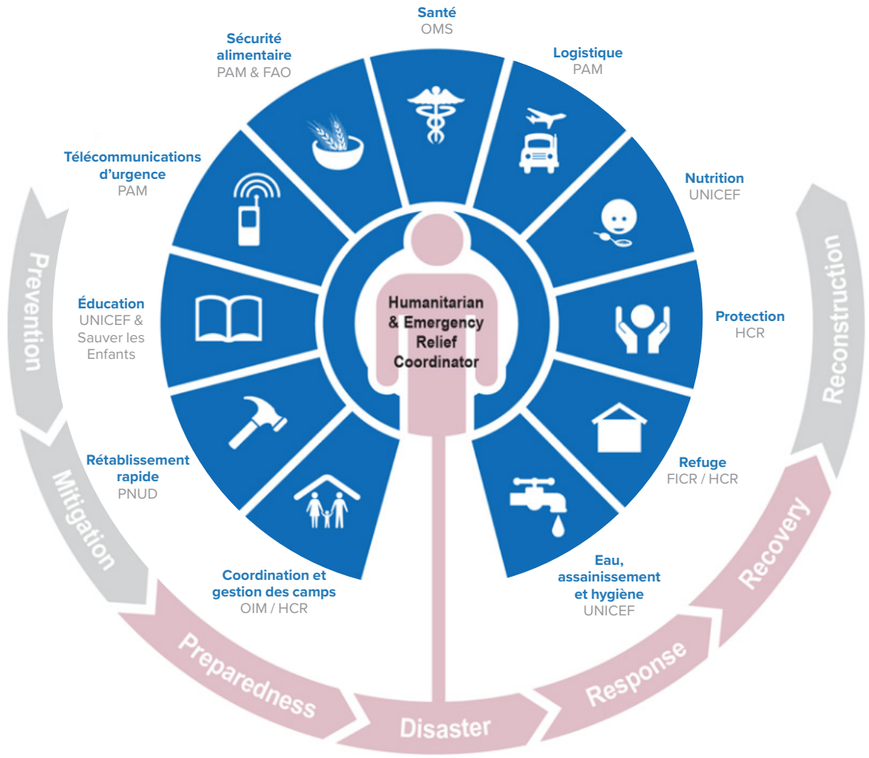
Comment fonctionne le DMU dans le cadre de la réponse sanitaire globale ?

Fournir des soins de SSR complets à une population touchée par une crise est l'objectif central du secteur sanitaire et le but même de la réponse en matière de SSR pendant une situation d'urgence. Toutefois, la nature des situations d'urgence rend cette tâche particulièrement difficile. Dans de nombreux contextes humanitaires, la population n'a plus le même accès à une grande partie voire à la totalité de ses besoins vitaux - alimentation, hygiène, sécurité, foyer et eau - pour assurer sa santé et son bien-être. Les ressources limitées aggravent davantage encore la situation des populations touchées par une crise. Cela signifie que certaines activités doivent être priorisées plus vite que d'autres pour éviter la morbidité et la mortalité. Le DMU est une ressource vitale pour les intervenants humanitaires dans le sens où il définit les services de SSR les plus cruciaux pour sauver des vies dès qu'une catastrophe frappe; il comprend également des recommandations pour passer du DMU à des services de SSR plus complets pendant la phase de relèvement ou dans des situations de crise chronique ou prolongée.

APPROCHE PAR GROUPE SECTORIEL

Le secteur sanitaire doit travailler avec les autres secteurs pour veiller à ce que les populations touchées par une crise reçoivent les informations et les services en matière de SSR dont elles ont besoin (pour plus de détails, veuillez consulter le tableau 3 dans l'objectif 1 du DMU). Pour mieux comprendre comment les secteurs fonctionnent ensemble, veuillez consulter la figure H : approche par groupe sectoriel. En 2005, une réforme majeure de la coordination humanitaire a été mise en œuvre et a introduit un certain nombre de nouveaux éléments visant à améliorer la prévisibilité, la responsabilité et le partenariat. L'approche par groupe sectoriel faisait partie de ces nouveaux éléments. Les groupes sectoriels sont des groupes d'organismes humanitaires, à la fois de l'ONU et extérieurs à l'ONU qui exercent leurs activités dans chacun des principaux secteurs de l'action humanitaire (par exemple, l'éducation et la santé). Ces groupes sont conçues par le Comité permanent interorganisations (IASC) et ont des responsabilités claires en matière de coordination. Cette finalité par groupe sectoriel doit renforcer la préparation et la capacité d'intervention technique à l'échelle du système pour répondre aux urgences humanitaires et de fournir une orientation et une responsabilité claires dans les principaux domaines de l'action humanitaire. Au niveau national, cette approche vise à renforcer les partenariats et à améliorer la prévisibilité et la responsabilité des actions humanitaires internationales en mettant en place un meilleur processus d'établissement des priorités et en définissant plus clairement les rôles et les responsabilités des organisations humanitaires dans le pays d'accueil. Veuillez consulter le graphique ci-dessous pour une représentation visuelle de tous les secteurs et de la façon dont ils opèrent sous l'égide du coordinateur ou de la coordinatrice des affaires humanitaires et des secours d'urgence pendant toutes les phases de la crise. Pour plus d'informations sur chacun des secteurs, veuillez visiter le site Web du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) en cliquant ici.

Figure H : Approche par groupe sectoriel



Tous les acteurs du système humanitaire ne sont pas inclus dans ce graphique (par exemple le gouvernement, les organismes d'exécution del'ONU, les acteurs de la société civile, les organisations non-gouvernementales), mais ces entités sont considérées comme des partenaires essentiels pour veiller à une préparation solide à l'échelle du système et pour que les interventions de réponse soient mises en œuvre dès l'apparition de la crise.

Pourquoi avons-nous besoin d'un DMU destiné aux adolescentes ?

Le chapitre de l'IAFM relatif au DMU reconnaît l'importance des approches destinées aux adolescentes pour mettre en œuvre le DMU, mais il ne répond pas à tous les besoins des adolescentes et ne donne aucune orientation sur la façon de répondre à cette lacune (consulter la boîte à outils relative à la SSRA en situations de crise humanitaire). La boîte à outils relative à la SSRA en situations de crise humanitaire : l'édition publiée en 2020 va de paire avec les versions révisées de l'IAFM et du DMU et offre des outils et des ressources pratiques pour mettre en œuvre le DMU. Le DMU pour les adolescentes veille à ce que des services adaptés aux adolescent.e.s soient fournis, y compris en situation d'urgence. Le DMU destiné aux adolescentes prévoit des activités adaptées, spécifiques aux besoins des adolescentes en matière de SSR, en commençant au présent chapitre et sur tout le reste de la boîte à outils.

Le tableau ci-dessous présente les activités principales en matière de SSR, organisées en fonction des six objectifs du DMU, et explique les facteurs à prendre en compte lors de la mise en œuvre pour fournir un programme de SSR destiné aux adolescent.e.s (**en gras**) sur la base des orientations de la boîte à outils de SSRA en situations de crise humanitaire de 2012, de l'IAFM de 2018, et de l'expérience des organisations humanitaires.

Tableau 3 : Activités inclusives de SSR pour les adolescent.e.s : pendant le DMU

Activités du DMU et facteurs à prendre en compte pour la mise en œuvre de la SSRA

Objectif 1 : S'assurer que le secteur / la grappe de la santé identifie une organisation pour diriger la mise en œuvre du DMU

L'organisation principale de la SSR est responsable de :

- Nommer un coordinateur pour la SSR chargé de fournir un soutien technique et opérationnel à toutes les agences assurant des services de santé.
    - **Orienter le coordinateur pour la SSR vers les besoins et services en matière de SSRA.**
- Organiser des réunions régulières avec toutes les parties prenantes afin de faciliter une action coordonnée pour assurer la mise en œuvre du DMU.
    - **Veiller à ce que les adolescent.e.s et / ou la jeunesse soient inclus dans les réunions de coordination et les prises de décision.**
    - **Exploiter les réseaux d'adolescent.e.s et de jeunesse existants pour engager les adolescent.e.s et la jeunesse, ainsi que les organisations locales, aux réunions des parties prenantes.**
- Rendre compte au groupe de santé, au sous-groupe de violence basée sur le genre (VBG) et / ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de toute question liée à la mise en œuvre du DMU.
    - **Plaider auprès du groupe de santé pour garantir que les services et informations de SSRA soient accessibles aux adolescentes pendant la mise en œuvre du DMU.**
- Assurer la cartographie et le diagnostic des services de SSR existants en collaboration avec les mécanismes de coordination de santé / VBG / VIH.
    - **Plaider auprès de le groupe sectoriel de la santé pour que les besoins des adolescent.e.s en matière de SSR soient inclus dans les évaluations rapides des besoins** *(voir l'évaluation rapide initiale [IRA] au chapitre 7 : des données pour l'action pour plus de conseils et un lien vers l'outil IRA en Annexe)*
- Partager des informations sur la disponibilité des services, des informations et des produits de SSR.
    - **Coordonner avec d'autres organisations l'identification des adolescent.e.s à haut risque et veille à ce qu'ils aient accès aux services de santé reproductive.**
        - **Coordonner, par exemple, avec le groupe sectoriel de la santé et d'autres secteurs, l'identification des adolescentes enceintes dans la communauté pour les relier aux services de santé.**
    - **Cartographier les parties prenantes et services de la SSR et partage les informations entre les partenaires de la SSR pour éviter la duplication des services et assurer la couverture de la SSRA pour toutes les populations d'adolescent.e.s** *(voir la cartographie des risques et des ressources au chapitre 7 : des données pour l'action pour plus de conseils et d'outils)*
- Veiller à ce que la communauté soit consciente de la disponibilité et de l'emplacement des services de santé reproductive.
    - **Établir des stratégies avec les membres de la communauté et / ou les organisations et réseaux d'adolescent.e.s et de jeunesse sur les canaux de communication afin d'atteindre les adolescent.e.s dès le début des situations d'urgence** *(voir les plateformes de services et de sensibilisation communautaires au chapitre 6 : services et interventions relatifs à la SSRA pour plus de conseils et d'outils)*

Objectif 2 : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes

- Travailler avec d'autres groupes sectoriels, en particulier la protection de l'enfance ou le sous-groupe VBG, pour mettre en place des mesures préventives au niveau communautaire, local et du district (y compris dans les établissements de santé) avec le but de protéger les populations touchées contre la violence sexuelle, en particulier les femmes et les filles
    - **Développer une coordination étroite avec la protection de l'enfance pour s'assurer que les besoins des victimes de violence sexuelle (y compris des garçons adolescent.e.s) sont reconnus et qu'il y est répondu de manière convenable.**
- Mettre à la disposition des survivants de violence sexuelle des soins cliniques et des références pour les diriger vers d'autres services de soutien (par exemple, la protection de l'enfance, la VBG, les services de soins liés à l'avortement sécurisé, etc.).
    - **Informer les adolescent.e.s sur les services de SSR disponibles et les endroits où ils peuvent y accéder.**
    - **Engager les agents de santé communautaires (ASC) pour rapprocher les adolescent.e.s survivants de violence sexuelle des services de santé et de SSR.**
- Mettre en place des espaces confidentiels et sûrs au sein des établissements de santé pour accueillir les survivants de violence sexuelle et leur fournir des soins cliniques et des références impliqués.
    - **Fournir dans les établissements de santé, des soins adaptés aux adolescentes et des services d'avortement sécurisé (si souhaité) pour les adolescentes survivantes de violence sexuelle.**

Alors, qu'est-ce que la VBG ?

Définition de la VBG

L'IASC définit la violence basée sur le genre, ou VBG, comme suit :
Terme générique désignant tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et fondé sur des différences socialement attribuées entre les hommes et les femmes.

Il existe également différentes formes de violence : (1) sexuelle; (2) physique; (3) les pratiques traditionnelles néfastes; (4) socio-économique; et (5) émotionnelle et psychologique. Une des causes profondes de la VBG comprend l'inégalité de pouvoir entre les sexes, où la violence et l'oppression sont utilisées contre quelqu'un en raison des rôles et des perceptions prescrits appliqués à ce genre. Comme indiqué, les femmes et les filles sont les plus susceptibles de subir la VBG dans tous les contextes en raison de leur statut perçu comme inférieur dans la hiérarchie des sexes, ce qui entraîne une inégalité systémique entre les sexes et le pouvoir et les avantages dont bénéficient les hommes et les garçons dans le monde. Alors que la VBG affecte les hommes, les femmes, les filles et les garçons, la majorité des abus sont perpétrés contre des femmes et des filles, et les auteurs de violence contre les femmes, les filles, les hommes et les garçons sont de manière disproportionnée des hommes.

Il est important de se rappeler que les victimes de violence sexuelle peuvent être de tout sexe, sexe ou âge, et inclure les femmes; les hommes; les adolescent.e.s; les personnes handicapées; les jeunes enfants; les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, intersexuées, asexuées + (LGBTQIA+); les minorités ethniques et religieuses; et les personnes qui sont exploitées sexuellement et / ou qui vendent ou échangent des relations sexuelles, entre autres. Cependant, comme souligné ci-dessus, les femmes et les enfants sont les plus touchés. Les auteurs de violences sexuelles sont souvent des partenaires intimes masculins ou d'autres personnes connues des survivants (famille, amis ou membres de la communauté) ou peuvent être des individus en uniforme, comme les forces de sécurité ou de maintien de la paix et les combattants.

Sélectionnez les formes de violence sexuelle :

Le viol	L'esclavage sexuel et / ou trafic du sexe	Le harcèlement sexuel, l'attentat à la pudeur	La mutilation génitale féminine ou excision	Le mariage d'enfants, le mariage précoce et forcé, ainsi que le mariage en lévirat
L'exploitation et / ou les abus sexuels	La grossesse forcée, l'avortement forcé, la stérilisation	Les fouilles corporelles	L'inceste	

Objectif 3 : Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et d'autres IST

- Instaurer une utilisation sûre et rationnelle des transfusions sanguines.
- Veiller à l'application des précautions standards.
- Garantir la disponibilité de préservatifs masculins lubrifiés et gratuits et, le cas échéant (par exemple, déjà utilisés par la population), assurer la fourniture de préservatifs féminins.
    - **Fournir aux adolescent.e.s des informations sur les services en matière d'IST disponibles et les endroits où ils peuvent être accessibles.**
    - **Promouvoir parmi les adolescent.e.s l'utilisation de méthodes de double protection (prévention des grossesses et prévention des IST, y compris le VIH).**
- Soutenir la fourniture continue et l'observance du traitement antirétroviral (ARV) des personnes qui étaient inscrites dans un programme de thérapie antirétrovirale (ART) avant l'urgence, y compris les femmes et les filles qui étaient inscrites dans des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME).
    - **Veiller à ce que les adolescent.e.s aient un accès continu à l'ART et fournir une prophylaxie post-exposition (PPE) aux adolescent.e.s ayant survécu à des violences sexuelles, le cas échéant et si cela se produit par suite d'une exposition professionnelle**
    - **Veiller à ce que des activités de soutien à l'observance de l'ART soient mises à disposition des adolescent.e.s**
- Soutenir la fourniture d'une prophylaxie au cotrimoxazole contre les infections opportunistes pour les patients atteints du VIH ou déjà diagnostiqués séropositifs
- Assurer la disponibilité du diagnostic syndromique pour IST et leur traitement dans les établissements de santé.
    - **Garantir que des services de santé adaptés aux adolescent.e.s soient disponibles pour ceux qui arrivent dans des établissements avec des symptômes d'IST.**

(*Voir* Outils et ressources de conseil *au chapitre 6 : services et interventions relatifs à la SSRA - plus de conseils et d'outils*).

Objectif 4 : Prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales excessives

- Assurer la disponibilité et l'accessibilité d'un accouchement propre et sûr, des soins essentiels aux nouveau-nés et des services SONU vitaux, notamment :
    - Au niveau des hôpitaux de référence : veiller à la disponibilité du personnel médical qualifié et des approvisionnements nécessaires à la mise en place d'une SONU complète (SONU-C) pour gérer les complications
        - **Encourager l'accouchement en établissement pour toutes les adolescentes enceintes et leur fournir des informations sur les services de SSR disponibles, ainsi que sur le moment et le lieu où ils peuvent y accéder.**
    - Au niveau des établissements de santé : assurer la disponibilité d'accoucheuses qualifiées et d'approvisionnement pour les accouchements vaginaux sans complication et fournir de SONU de base
    - Au niveau communautaire : informer la communauté sur la disponibilité des services d'accouchement sans risque et des services de SONU ainsi que sur l'importance de se faire soigner dans les établissements de santé.
        - **Afin de promouvoir les accouchements à domicile dans des conditions propres lorsque l'accès à un établissement de santé n'est pas possible, des kits d'accouchement hygiénique devraient être proposés aux adolescentes visiblement enceintes ainsi qu'aux accoucheuses.**
        - **Sensibiliser la communauté aux risques de la grossesse chez les adolescentes, aux signes de danger pendant la grossesse et à l'importance de la présence d'accoucheuses qualifiées et de l'accouchement en établissement pour les mères adolescentes.**
        - **Engager des accoucheuses traditionnelles formées (AT) et des ASC pour mettre les adolescentes enceintes et les mères en contact avec les services de santé.**

- Mettre en place un système de référence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour faciliter le transport et la communication entre la communauté et le centre de santé et l'hôpital.
    - **Engager les AT et les ASC pour mettre les adolescentes enceintes en contact avec les services de santé.**
    - **Fournir aux adolescentes enceintes des informations sur les services de SSR disponibles, ainsi que sur le moment et le lieu où elles peuvent y accéder.**
- Assurer la disponibilité de soins post-avortement vitaux dans les centres de santé et les hôpitaux
- Assurer la disponibilité des intrants et des produits nécessaires à un accouchement propre et aux soins immédiats aux nouveau-nés lorsque l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou peu fiable.

Objectif 5 : prévenir les grossesses non désirées

- Garantir la disponibilité dans les établissements de soins de santé primaires et pour répondre à la demande, d'une gamme de méthodes contraceptives (y compris les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (CRLDA), les préservatifs masculins et féminins et les contraceptifs d'urgence).
    - **Souligner que toutes les méthodes contraceptives, y compris les méthodes CRLDA, sont sûres et efficaces pour les adolescent.e.s.**
    - **Veiller à ce que les prestataires de services soient pleinement conscients des politiques locales visant à offrir aux adolescent.e.s une gamme complète de méthodes contraceptives dans toute la mesure permise par la loi.**
- Fournir aux adolescent.e.s des renseignements, y compris les documents d'information, d'éducation et de communication (IEC) existants, et des conseils sur la contraception qui mettent l'accent sur le choix et le consentement éclairés, l'efficacité, l'intimité et la confidentialité des patients, l'équité et la non-discrimination.
    - **Le personnel de santé doit savoir que conformément aux lois et politiques locales, les adolescent.e.s qui demandent des contraceptifs ont le droit de recevoir ces services, quel que soit leur âge ou leur statut civil.** (*Voir* Outils et ressources de conseil et Services basés en établissement *au chapitre 6 : services et interventions relatifs à la SSRA - ainsi que les conseils et les outils en matière de vie privée, de confidentialité, d'équité, de non-discrimination et le* Principe de capabilité)
- Assurer que la communauté soit au courant de la disponibilité des méthodes contraceptives pour les adolescent.e.s, les femmes, et les hommes.
    - **Promouvoir parmi les adolescent.e.s l'utilisation de méthodes de double protection (prévention des grossesses et prévention des IST, y compris le VIH).**

Autres activités prioritaires : soins liés à l'avortement sécurisé

- Garantir la disponibilité dans tous les établissements, d'au moins une méthode d'avortement sûre recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (prise en charge chirurgicale ou médicale), en particulier l'IVG par aspiration manuelle sous vide, ou la mifépristone et le misoprostol, ou le misoprostol uniquement.
    - **Assurer la présence d'au moins un prestataire formé pour fournir aux adolescent.e.s des conseils et des services de soins liés à l'avortement sécurisé avec au moins une méthode recommandée par l'OMS et des services de contraception post-avortement.**
    - **Des soins liés à l'avortement sécurisé devraient être fournis aux adolescentes conformément aux lois locales et les prestataires ne devraient pas leur imposer d'obstacles supplémentaires pour accéder à ces soins.**
- Mettre en place un système de référence pour les cas d'avortement afin de faciliter le transport et la communication de la communauté au centre de santé et à l'hôpital.
    - **Engager les AT, les ASC et les adolescent.e.s champions pour mettre en relation les adolescent.e.s cherchant des services d'avortement avec l'établissement de santé.**
- **Informer les leaders communautaires et les adolescent.e.s de la disponibilité de services d'avortement sans risque pour les femmes et les adolescentes.**
- **Mener des activités de sensibilisation et distribuer des matériels d'IEC décrivant les lois et politiques nationales relatives aux soins liés à l'avortement sécurisé et au consentement des adolescent.e.s.**

Objectif 6 : planifier des services complets de SSR, intégrés dans les services de santé primaires dès que possible. Travailler avec le secteur de la santé / les partenaires du groupe sectoriel pour traiter les six éléments constitutifs du système de santé.

Lors de la planification de services de SSR complets, collaborer avec toutes les parties prenantes pour mener à bien les activités ci-dessous. Cette liste donne des exemples de ce qui devrait être évalué et prévu dans chacun des six éléments constitutifs du système de santé de l'OMS. Ce n'est pas une liste exhaustive. Pour commencer à travailler avec le secteur de la santé / les partenaires du groupe sectoriel pour aborder les six éléments constitutifs du système de santé, veuillez vous reporter à la section ci-dessous sur la transition vers des soins de SSR complets.

Service d'accouchement

- Identifier les besoins de SSR dans la communauté.
    - **Y compris les besoins des adolescent.e.s et de la jeunesse, en particulier ceux des sous-groupes qui sont à risque accru et avec des besoins uniques de SSR (tels que les populations autochtones, les adolescent.e.s vivant avec le VIH / SIDA, etc.).**
- Identifier les sites appropriés pour les services d'accouchement SSR.
    - **Reconnaître l'importance de l'intimité et de la confidentialité pour les adolescent.e.s lors de l'identification des sites.**

Personnel de santé

- Évaluer la capacité du personnel à fournir des services de SSR.
    - **Y compris les capacités du personnel à conseiller et à fournir des services et des informations de SSR aux adolescent.e.s et à la jeunesse (par exemple, planning familial, soins liés à l'avortement sécurisé et prise en charge clinique du viol).**
- Identifier les besoins et les niveaux de dotation.
    - **Y compris l'observation des attitudes et des préjugés du personnel envers la fourniture de services et d'informations sur la SSR aux adolescent.e.s.**
- Identifier et embaucher du personnel local parmi les membres de la communauté d'accueil, ainsi que de la communauté affectée, qui ont les compétences et l'expérience nécessaires pour fournir des services de contraception de qualité.
    - **Si possible / faisable, embaucher du personnel masculin et féminin possédant les compétences et l'expérience adaptées pour permettre aux patients de choisir leur prestataire préféré.**

(Voir Outils et ressources de conseil au chapitre 6 : services et interventions relatifs à la SSRA - plus de conseils et d'outils).

Système d'information en santé

- Inclure les informations relatives à la SSR dans le système d'information en santé.
    - **Plaidoyer et identifier des approches pour intégrer la désagrégation par âge et par sexe des données.**

Intrants médicaux

- Identifier les besoins en produits de SSR.
    - **Examiner les besoins en produits de SSR des adolescent.e.s pour mieux anticiper les ruptures de stock et garantir la disponibilité des intrants pour les adolescent.e.s touchés par la crise (par exemple, les médicaments ARV, les kits d'accouchement propres et les intrants d'avortement).**

Financement

- Examiner les lois, politiques et protocoles relatifs à la SSR.
    - **Entamer des discussions avec les organisations d'adolescent.e.s / de jeunesse pour comprendre les barrières et opportunités financières.**

Gouvernance et leadership

- Revisar las leyes, políticas y protocolos relacionados a la SSR.
    - **Examinar cómo las percepciones de los servicios de SSR para adolescentes afectan el rendimiento y la capacidad de prestación de los proveedores de los servicios de SSR para adolescentes.**
- Examiner les lois, politiques et protocoles relatifs à la SSR.
    - **Commencer la discussion avec le MS sur les stratégies des adolescent.e.s.**
- Impliquer les communautés dans la responsabilité.
    - **Discuter des opportunités de rassembler les adolescent.e.s / la jeunesse et les membres de la communauté pour parler des besoins, des barrières et des opportunités de SSR pour les adolescent.e.s de recevoir les services dont ils ont besoin.**

Comment passer à des services de SSR complets ?

Le DMU comprend non seulement des moyens de mettre en œuvre des services vitaux, il décrit également comment aborder la SSR complète dès que possible. Comme indiqué dans l'Objectif 6, les intervenants humanitaires doivent commencer à mettre en œuvre des activités pour se préparer à des soins de SSR complets pendant la phase d'urgence initiale. Le DMU recommande, dès que possible, (idéalement dans un délai de trois à six mois, mais cela pourrait être quelques semaines), aux organisations nationales et internationales et aux parties prenantes tâchent de fournir des services complets de SSR. Le but de la transition vers une SSR complète est de « reconstruire en mieux » en travaillant avec les acteurs locaux pour renforcer la résilience à tous les niveaux du modèle socio-écologiquepour la programmation en matière de SSRA; par exemple, les gestionnaires de SSR peuvent investir dans la capacité des adolescent.e.s à mettre en œuvre des activités de SSR / DMU et servir de premiers intervenants dans les nouvelles urgences dans le cadre des réponses aux crises prolongées, des stratégies de relèvement et de reconstruction et des efforts de préparation. Pour plus d'informations sur « reconstruire en mieux », veuillez consulter la boîte à outils en matière de préparation Prêt à sauver des vies : soins de SSR en situations d'urgence. Les intervenants humanitaires doivent maintenir et s'efforcer d'améliorer la qualité des services cliniques du DMU mis en place pendant l'intervention d'urgence initiale, en plus d'améliorer ces services avec d'autres services et programmes de SSR complets fournis tout au long des crises prolongées, du relèvement et de la reconstruction.

Lorsque la situation se stabilise, le DMU appelle les acteurs humanitaires à travailler avec les membres de la communauté pour s'attaquer pleinement aux six éléments constitutifs du système de santé de l'OMS. Les acteurs humanitaires peuvent avoir les ressources nécessaires pour commencer à mettre en œuvre certaines des activités complètes de la SSRA plus tôt que d'autres et / ou en même temps qu'ils mettent en œuvre les activités prioritaires du DMU incluses dans Tableau 3. La capacité de planifier et de commencer la mise en œuvre d'activités globales de SSRA dépend du contexte, de la capacité et des ressources du gouvernement et des partenaires locaux et des efforts de préparation et de l'expérience préalables en matière d'urgence humanitaire.

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA MISE EN ŒUVRE

Urgences dans les pays dotés de systèmes de santé établis

L'IAFM appelle les intervenants humanitaires à travailler au sein de la communauté locale, de la communauté d'accueil et du système de santé national. Si le contexte a des mécanismes préexistants et des opérations de santé fonctionnelle, les utiliser. Ne pas réinventer les systèmes ou les processus. Dans la mesure du possible, utiliser les ressources existantes et les atouts du système de santé du pays. Par exemple, pendant l'effort de réponse aux réfugiés en Grèce, les intervenants humanitaires ont utilisé des hôpitaux et des spécialistes pour fournir des services aux populations touchées par la crise humanitaire. Il n'était pas nécessaire de former le personnel sur la manière de fournir ces services, car la capacité des personnels de santé était déjà présente. De même, dans le cadre de la réponse vénézuélienne en Colombie, les travailleurs sociaux ont fait partie de la réponse humanitaire - permettant aux intervenants humanitaires d'utiliser leur expertise technique pour fournir une assistance en santé mentale aux populations touchées, entre autres services.

Le DMU inclusif pour les adolescent.e.s est un ensemble minimal et essentiel d'interventions vitales que les acteurs humanitaires doivent mettre en œuvre dès le début d'une urgence et tout au long du continuum humanitaire. Le chapitre suivant de la feuille de route, Chapitre 5 : aller au-delà des services, fournit des conseils sur la manière dont les directeurs de la SSR peuvent offrir une programmation holistique de la SSRA aux adolescent.e.s dans des contextes humanitaires.



Photo : Sylvain Cherkaoui

CHAPITRE 5 : ALLER AU-DELÀ DES SERVICES DE SANTÉ

Ce chapitre explique comment fournir des programmes de santé sexuelle et reproductive pour les adolescent.e.s (SSRA) prenant en compte tous les niveaux du modèle socio-écologique et intégrant des activités de santé sexuelle et reproductive (SSR) et des informations à ce sujet dans de multiples secteurs humanitaires.

Objectifs d'apprentissage du Chapitre 5 :

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

- Fournir des exemples d'activités tenant compte des influences individuelles, interpersonnelles, communautaires et structurelles affectant la capacité et la décision des adolescent.e.s de solliciter et d'utiliser des prestations de SSR dans des situations d'urgence.

Outre une mobilisation significative des adolescent.e.s et membres de la communauté dans la mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive axée sur les adolescent.e.s en situation de crise (DMU), qui se concentre dans une large mesure sur la prestation de services, les responsables de la SSR doivent réfléchir à la manière dont les multiples niveaux du modèle socio-écologique affectent l'accès et l'utilisation par les adolescent.e.s des services et informations sur la SSR. Les directeurs de la SSR doivent également étendre leur réflexion au-delà des services de santé ou de la programmation sectorielle pour adopter une vision holistique afin de répondre aux besoins uniques des adolescent.e.s. Des notes d'orientation et activités multisectorielles sont présentées de manière plus détaillée dans le Chapitre 6 : services et interventions relatifs à la SSRA, dans la section Établir des liens multisectoriels.

Qu'est-ce qu'une vision holistique ?

Une vision holistique cherche à répondre aux besoins de la personne « globalement » et pas seulement aux besoins identifiés par le personnel de santé lui-même. Cela signifie que les praticiens humanitaires tiennent également compte d'autres facteurs qui affectent la capacité des adolescent.e.s à obtenir les prestations et informations dont ils ont besoin, non seulement au centre de santé, mais aussi dans leur environnement. Pour identifier ces facteurs, les directeurs de la SSR doivent parler avec les adolescent.e.s eux-mêmes, ainsi que des membres de leurs familles et de leur communauté, des prestataires de services et des agents de santé communautaire, d'autres partenaires de santé et des intervenants humanitaires travaillant dans d'autres secteurs. Ces conversations révéleront les obstacles que les directeurs de la santé et de la SSR peuvent surmonter à l'aide de la programmation SSR et ceux qui nécessitent une mobilisation multisectorielle. En renforçant les liens entre programmes, les parcours de prise en charge et les mécanismes de coordination, les responsables de la SSR et de la santé peuvent résoudre toute la gamme d'obstacles qui affectent la fourniture aux adolescent.e.s d'informations et de prestations de SSR. Cette approche multisectorielle aide à éviter la duplication des efforts, empêche les lacunes dans la fourniture des prestations de SSRA et ouvre des opportunités d'identification et de fourniture d'informations et de prestations de SSR à des adolescent.e.s difficiles à atteindre.

Si l'on revient au modèle socio-écologique décrit au Chapitre 1 : introduction, les adolescent.e.s en situations de crise humanitaire connaissent des revers et des opportunités au niveau individuel, parmi leurs relations, au sein de leurs communautés et dans l'environnement structurel (lois, politiques, systèmes) qui les entoure. L'adoption d'une optique holistique permet aux humanitaires de voir une image plus complète des obstacles, des besoins et des capacités des adolescent.e.s. Ils peuvent utiliser cette optique holistique lorsqu'ils discutent de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des activités et de la programmation de la SSRA avec les adolescent.e.s, les prestataires de santé, les membres de la communauté, d'autres membres du personnel humanitaire, le personnel de développement, les membres de la société civile et les agences gouvernementales. Cela garantit que toutes les personnes impliquées dans les activités de la SSRA travaillent ensemble vers un objectif commun de fournir une programmation holistique de la SSRA.

La description des influences et des obstacles à chaque niveau socio-écologique, ainsi que la réponse recommandée par la boîte à outils à ces facteurs, sont présentées dans la figure I et le tableau 4. La figure I montre comment tous les niveaux socio-écologiques - individu / adolescent, interpersonnel, communautaire et structurel - s'articulent et ont un effet sur l'accès et l'utilisation des services et des informations de SSR par les adolescent.e.s, qui sont au centre de la figure.

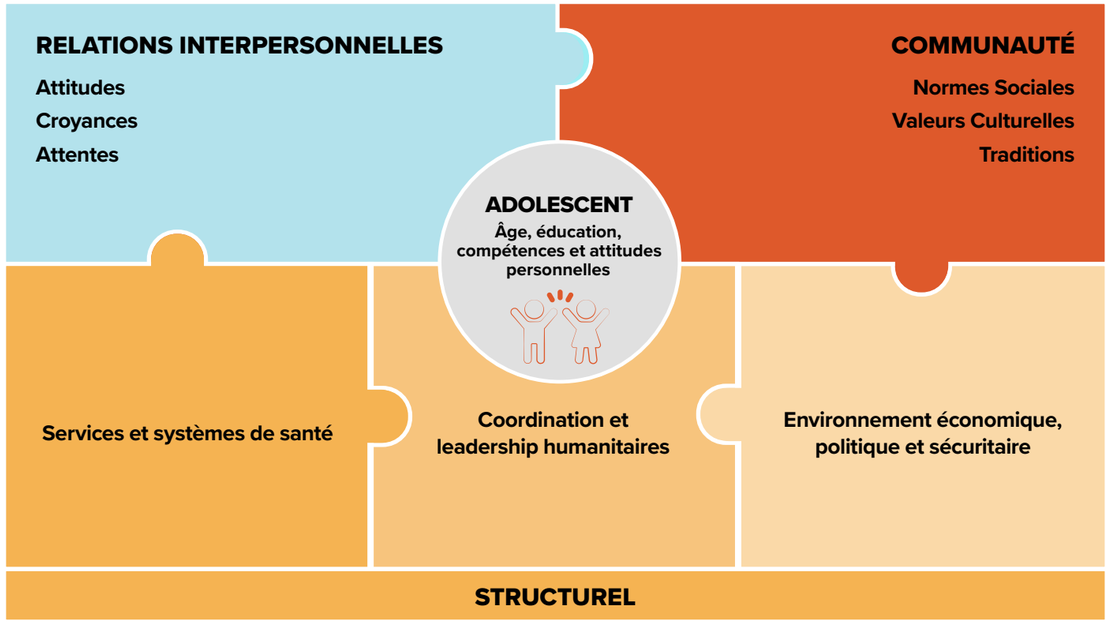
Le tableau 4 fournit plus de détails sur chacun de ces niveaux et aide à expliquer comment les directeurs de SSR peuvent travailler avec d'autres parties prenantes de la SSRA - y compris d'autres secteurs humanitaires - pour surmonter les obstacles, anticiper les besoins, fournir des services et, en fin de compte, améliorer les résultats de SSR pour les adolescent.e.s dans les situations de crise humanitaire.

Tout comme les humanitaires devraient planifier la transition vers des services de SSR complets dès le début d'une urgence, ils devraient également réfléchir à la manière de répondre aux besoins de SSR des adolescent.e.s au-delà de la formation sanitaire dès le début de la réponse. Dans les chapitres suivants (Chapitre 6 : services et interventions relatifs à la SSRA, Chapitre 7 : données pour l'action , et Chapitre 8 : notes et outils d'orientation du directeur), la boîte à outils fournit des conseils supplémentaires sur la manière d'opérationnaliser le concept de programmation holistique. Plan International a également récemment publié la boîte à outils de programmation pour adolescent.e.s - une boîte à outils, basée sur des expériences passées, des recherches et des consultations avec des adolescent.e.s, qui définit des stratégies pour répondre aux besoins, aux risques et aux obstacles des adolescent.e.s selon le modèle socio-écologique, en accordant une attention particulière aux filles et adolescent.e.s à risque. La boîte à outils du Plan identifie également les résultats nécessaires pour que les adolescent.e.s, les familles, les communautés et la société obtiennent l'effet souhaité : un monde dans lequel les adolescent.e.s apprennent, dirigent, décident et prospèrent - avant, pendant et après les situations d'urgence et les crises prolongées.



Photo : Save the Children

Figure I : programmation holistique de la SSRA selon le modèle socio-écologique



Le tableau 4 fournit plus de détails sur chacun de ces niveaux et aide à expliquer comment les directeurs de la santé peuvent travailler avec d'autres parties prenantes de la SSRA pour surmonter les obstacles, anticiper les besoins, fournir des services et, en fin de compte, améliorer les résultats de SSR pour les adolescent.e.s dans les situations de crise humanitaire.

Tableau 4 : Programmation holistique de la SSRA selon le modèle socio-écologique

MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE	
DESCRIPTION	**INTERVENTION**
Les facteurs à tous les niveaux du modèle socio-écologique qui peuvent permettre ou restreindre leur accès aux informations et services de SDSR.	Exemples d'activités, au-delà de la fourniture de services de santé, pour atténuer les risques, surmonter les obstacles et améliorer l'accès aux informations et aux services de SSR pour les adolescent.e.s.
ADOLESCENT.E.S	
DESCRIPTION	**INTERVENTION**
Au niveau individuel, les attributs biologiques et personnels des adolescent.e.s affectent leur capacité et leur décision de faire appel et d'utiliser les services et les informations de SSR. Cela comprend leur âge, leur éducation ou leurs connaissances, leurs compétences, leurs revenus, leurs expériences passées (et / ou traumatismes), leurs attitudes, leurs croyances, leurs comportements et leurs motivations (objectifs, ambitions).	• Mener des évaluations des besoins et / ou des groupes de discussion avec des adolescent.e.s de sous-groupes à risque accru (comme les très jeunes adolescent.e.s, les adolescent.e.s handicapés, etc.) pour comprendre leurs besoins et leurs obstacles uniques. *Voir* Chapitre 1 : introduction *pour plus d'informations sur les adolescent.e.s des sous-groupes à risque accru*; • Travailler avec les adolescent.e.s pour développer des matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) adaptés à leur âge et adaptés aux adolescent.e.s qui fournissent des informations sur les questions qu'ils posent ou les connaissances qu'ils recherchent; • Offrir aux adolescent.e.s des opportunités d'éducation sexuelle et de dialogue, comme pendant les rites d'initiation à la puberté, pour acquérir des connaissances, explorer des valeurs et développer des compétences concernant leur SSR et leurs droits, y compris comprendre comment et quand rechercher des services de SSR.

MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE

LES RELATIONS INTERPERSONNELLES

DESCRIPTION	INTERVENTION
Les relations que les adolescent.e.s entretiennent avec les autres affectent leur capacité, leur motivation et leur décision de faire appel et / ou de recevoir des services de SSR. Cela comprend les opinions, les attentes, les attitudes et les croyances des membres de la famille / tuteurs de l'adolescent, de ses pairs et, dans certains cas, de son conjoint. Par exemple, si d'autres pairs ont eu une expérience négative avec une organisation humanitaire, cela peut dissuader l'adolescent de rechercher des services de SSR sur les sites de programme de cette organisation.	• Aider à former des groupes de pairs pour que les adolescent.e.s se soutiennent mutuellement et identifier les besoins / obstacles à la fourniture de services de SSR (ceux-ci pourraient se concentrer sur certains sous-groupes, tels que les très jeunes adolescent.e.s ou les mères adolescentes); • Développer des interventions pour renforcer les relations adulte-adolescent, y compris la communication adolescent-parent, et fournir une éducation sur la SSR dans un environnement sûr pour l'adolescent (comme dans un centre éducatif, un autre site de programme ou au domicile d'un membre de la communauté). *Voir* Chapitre 3 : participation significative *pour plus de conseils et d'outils sur la conduite de réunions avec les parents;* • Inclure des occasions de discuter de sujets concernant les relations, y compris les relations sexuelles et le consentement sexuel, dans les initiatives d'éducation sexuelle et les formations sur les compétences de vie.

MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE

STRUCTURELLE

DESCRIPTION	INTERVENTION
L'environnement communautaire et social (y compris les normes sociales, les valeurs culturelles et les traditions) entourant les adolescent.e.s affectent leur capacité et leur décision de rechercher ou de recevoir des services de SSR. Cela comprend les opinions, les attentes, les attitudes et les croyances des leaders communautaires informels et formels, des chefs religieux et des leaders informels et formels de la jeunesse. Par exemple, si le leader religieux s'oppose à la discussion sur la contraception dans sa communauté, cela empêche les adolescent.e.s d'accéder aux informations sur la SSR et peut les empêcher de rechercher des services.	• Utiliser différents points d'entrée (Services basés sur la communauté et les plateformes de proximité et établir des liens multisectoriels) pour mener à bien des interventions communautaires; • Par exemple, mettre en œuvre des processus de réflexion et de dialogue participatifs qui utilisent le théâtre, les jeux et les vidéos pour faire avancer les changements d'attitudes et de normes; • Faciliter les dialogues communautaires menés par des animateurs formés. *Voir* Chapitre 3 : participation significative *pour plus de conseils et d'outils sur l'organisation de réunions avec les membres de la communauté*; • Identifier, soutenir et promouvoir les champions de la SSRA dans la communauté (comme les leaders religieux).

MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE

STRUCTUREL : services et systèmes de santé

DESCRIPTION	INTERVENTION
Ce niveau comprend des facteurs qui affectent l'expérience de l'adolescent au sein de l'établissement de santé ou de la clinique, comme le coût des services. 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. D'autres questions qui pourraient être posées à ce niveau comprennent : l'établissement était-il accueillant ? Comment le prestataire a-t-il traité l'adolescent, l'adolescente ? L'établissement dispose-t-il des services / d'intrants dont ils et elles ont besoin ?	• Fournir une aide en espèces et des bons aux adolescent.e.s, adolescentes et / ou les associer à des activités génératrices de revenus; • S'engager avec le secteur de la santé pour améliorer la qualité de la fourniture de services. *Voir* Chapitre 6 : services et interventions relatifs à la SSRA *pour plus d'exemples sur la façon de surmonter les obstacles à ce niveau.*

STRUCTUREL : Coordination et leadership humanitaires

DESCRIPCIÓN

Les capacités des agences gouvernementales, des partenaires locaux et des acteurs humanitaires à se coordonner efficacement aux niveaux national et infranational et à répondre à l'urgence affectent également la capacité et la décision des adolescent.e.s de rechercher des soins et de faire des choix libres et éclairés concernant leur SSR et leurs droits. Cela comprend tous les efforts de préparation qu'ils ont achevés avant le début de l'urgence et / ou le renforcement du système de santé du pays pour fournir des services de SSR. Ce niveau examine également dans quelle mesure les services de santé sont intégrés dans la réponse (avec d'autres secteurs), ainsi que dans quelle mesure les organisations humanitaires de santé se coordonnent entre elles pour orienter les services.

Par exemple, le personnel de santé travaille-t-il avec le personnel non sanitaire pour fournir d'autres points d'entrée aux adolescent.e.s pour accéder aux informations et aux services de SSR ?

RESPUESTA

- Inclure et autonomiser les adolescent.e.s, y compris l'intégration de réseaux et d'organisations d'adolescent.e.s et de jeunesse, dans les organes de leadership gouvernemental, les mécanismes de coordination et la prise de décision humanitaire, telles que les réunions ou contributions pour l'Aperçu des besoins humanitaires et les plans de réponse humanitaire;
- Renforcer les liens entre les secteurs, y compris en priorisant les références et l'intégration avec les secteurs de l'éducation, de la santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) et de la protection de l'enfant. Mais également, mettre aussi en évidence les besoins particuliers des adolescent.e.s dans l'ensemble de l'intervention humanitaire lors des réunions de coordination.
    - Par exemple, fournir une éducation sexuelle, y compris sur la santé menstruelle, la puberté et le virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et la prophylaxie post-exposition aux adolescent.e.s par le biais de centres éducatifs, d'espaces de protection de l'enfance et d'autres sites soutenus. Voir la boîte à outils d'urgence sur la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) dans les situations d'urgence du Comité international de secours pour obtenir des conseils supplémentaires sur la mise en œuvre de la GHM dans des contextes humanitaires.
    - Avec le groupe de protection de l'enfance et le sous-groupe violence basée sur le genre (VBG), on identifie et / ou établi des mécanismes de référence ou de plainte, tels qu'un réseau d'orientations multisectoriel pour les jeunes survivants de VBG et les mécanismes adaptés aux adolescent.e.s pour se plaindre de l'exploitation et abus sexuels.
    - Travailler avec les autorités nationales, la communauté touchée et (le cas échéant), avec les experts en gestion des camps pour identifier des nouveaux sites possibles pour fournir des de SSR complets (par ex. des salles ambulatoires pour les infections sexuellement transmissibles [IST]).

Voir les autres exemplesfournis dans Établir les liens multi-sectoriels.

STRUCTUREL : environnement économique, politique et sécuritaire

DESCRIPTION

Enfin, les lois, politiques et mandats, affectent-ils l'information de SSRA et la mise à disposition de services dans le pays; y compris les conditions économiques (par ex. si le gouvernement peut se permettre de rendre les services de SSR gratuits pour les adolescent.e.s ou non) et les conditions de sécurité (dans quelle mesure les routes et les chemines sont sûres pour les adolescent.e.s en se déplaçant aux installations et / ou sites du programme humanitaire).

Ce niveau examine aussi la manière dont les acteurs de l'aide humanitaire et du développement travaillent ensemble à la planification de services SSR complets, ainsi que les efforts de relèvement vite, la résistance et la stabilisation.

INTERVENTION

- Travailler avec le leadership national pour identifier où sont les politiques, guides et protocoles actuels ne soutiennent pas la SSR et les droits, ou si ceux-là ne répondent pas aux normes internationales ni cherchent s'adresser à eux;
    - Former les formateurs sur la SSRA.
    - Plaider pour la libéralisation des politiques pour que les adolescent.e.s accèdent aux services de SSR. Par exemple, étendre les dérogations politiques pour les adolescentes réfugiées, afin qu'ils puissent avoir accès à la contraception avec ou sans le consentement de leurs parents / tuteurs.
- Continuer à faire que les entités gouvernementales collaborent avec la SSRA pour assurer le leadership, la appropriation et la responsabilité au niveau national;
    - Travailler avec les partenaires locaux et les agences gouvernementales, pour faciliter la surveillance citoyenne des budgets infranationaux en faveur de garantir que des ressources suffisantes soient consacrées aux services de SSRA.
    - En collaboration avec le leadership de services en uniforme (la police, l'armée), plaider la mise en place et l'application de politiques de tolérance zéro pour la VBG.
    - Former les agents des forces de l'ordre et les personnes en uniforme à la protection des adolescent.e.s en situations d'urgence.
- Renforcer les plateformes régionales qui relient la représentation national et infranational de la jeunesse;
    - Par exemple, le partenariat Ouagadougou (Initiative qui regroupe neuf gouvernements d'Afrique de l'Ouest pour accélérer les progrès dans l'utilisation des services de planification familiale) a dans le cadre de sa coalition, des ambassadeurs de la jeunesse qui travaillent avec les leaders communautaires, les leaders religieux et les responsables du gouvernement pour construire des communautés plus fortes et pour réduire le nombre de décès liés à la grossesse chez la jeunesse.



Photo : Susan Warner

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 établissement 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

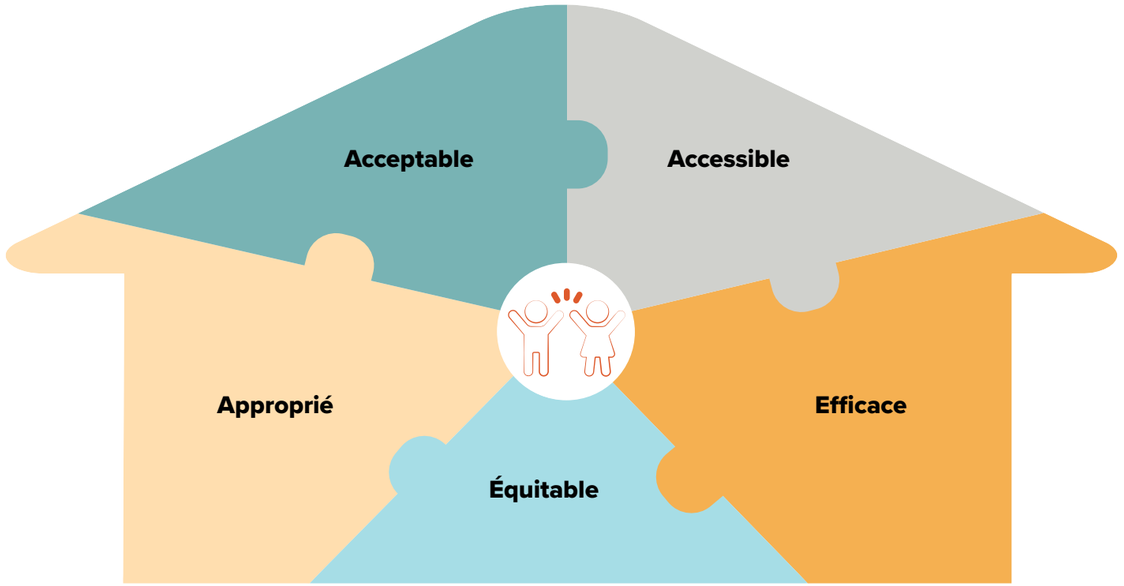


Tableau 5 : Principes adaptés aux adolescent.e.s

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.
Certaines 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	**CANDIDATURE**
Règles et procédures sont en place afin de garantir la confidentialité du patient.	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 partagé avec aucune autre personne et toute information collectée à propos de l'adolescent est conservé 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	CANDIDATURE
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.	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	CANDIDATURE
Des politiques et des procédures sont en place et ne restreignent pas la prestation des services de santé.	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.



Photo : Siam Diab

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, lasupervision positive et les formations de recyclage et l'approvisionnement en fournitures et équipements essentiels sont priorisés. 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

- Traiter chaque adolescent dans le plein respect de ses droits humains.
- Faire preuve de respect à l'égard des choix des clients adolescent.e.s ainsi qu'à leur droit à accepter ou refuser les soins, les tests et les interventions.
- Approcher tous les adolescent.e.s, incluant ceux des populations marginalisées et vulnérables sans jugement de valeur et sans discrimination tout en respectant la dignité individuelle.
- Démontrer sa compréhension des adolescent.e.s comme acteurs de changement et comme source d'innovation.
- Démontrer la compréhension de la valeur de l'engagement dans des partenariats avec des adolescent.e.s, des gardiens et des organisations communautaires pour assurer des services de soins de santé de qualité aux adolescent.e.s.
- Abordez les soins de santé des adolescent.e.s comme un processus et non comme un événement ponctuel, et comprenez que les adolescent.e.s ont besoin de temps pour prendre des décisions et qu'un soutien et des conseils continus peuvent être nécessaires.
- Approchez chaque adolescent en tant qu'individu aux préoccupations et besoins différents, aux différents niveaux de maturité, d'éducation sanitaire, et de compréhension de leurs droits, ainsi que de différentes circonstances sociales (école, travail, mariage, migration).
- Respecter les divers types de savoirs et styles d'apprentissage de chaque adolescent individuellement.
- Faire preuve d'empathie, de réconfort, de communication non autoritaire, et d'écoute active
- Offrir des services qui sont confidentiels et fournis en toute confidentialité
- Faire preuve de conscience de ses propres attitudes, valeurs et préjugés qui peuvent entraver la capacité à fournir aux adolescent.e.s des soins confidentiels, non discriminatoires, sans jugement et respectueux.

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

Coordonnateurs et directeurs de SSR

Le premier objectif du DMU indique que les coordonnateurs 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 mélangés 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 différentesfaçons 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.



Photo : Médicos Sin Fronteras

Figure L : Stratégies de formation du personnel d'intervention

Phase aiguë

- Formation de 1 à 2 jours sur la CVTA pour les coordonnateurs, tout le personnel et les parties prenantes de la SSRA;
- Orientation de l'ensemble du site sur la SSRA (une demi-journée pour les prestataires, le personnel de soutien de chaque site d'intervention et les représentants des adolescent.e.s et de la jeunesse, dans la mesure du possible);
- Trousses de formation sur la SSRA IAWG (deux jours pour les directeurs de la santé, les coordonnateurs sur le terrain et les représentants des adolescent.e.s et de la jeunesse, dans la mesure du possible).
    - *Accéder aux documents de formation IAWG* ici
- Formation clinique rapide sur la SSRA (deux jours pour les prestataires de soins de santé; utiliser des adolescent.e.s / la jeunesse participants, dans la mesure du possible);
- Visites de soutien du prestataire sur place dans le mois suivant la formation et au besoin.

Phases prolongées et complètes

- Formation de 1 à 2 jours sur la CVTA, puis sur la FDF de quatre jours sur la CVTA (applicable à tout le personnel mais aussi aux autres parties prenantes de la SSRA, comme les représentants des adolescent.e.s et de la jeunesse et le personnel du MS);
- Orientation sur l'ensemble du site (demi-journée pour les prestataires et le personnel de soutien des sites d'intervention nouveaux et existants; inclure des représentants des adolescent.e.s et de la jeunesse, dans la mesure du possible);
- Trousse de formation de la SSRA IAWG puis sur FDF de quatre jours (applicable aux agents SSR et aux directeurs d'établissements de santé, et envisager d'inviter des représentants des adolescent.e.s et de la jeunesse et / ou le MS à participer ou à coanimer).
    - *Accéder aux documents de formation IAWG* ici
- Formation clinique continue + formation clinique FDF de quatre jours (le cas échéant);
- Visites de soutien du prestataire sur place dans le mois suivant la formation et au besoin;
- Offrir des séances de recyclage d'un à deux jours, au besoin.

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 Liveou 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.



Photo : Plan International

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 composants 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 comprend 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 devrait 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.

Personnel de santé communautaire

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



Photo : Plan International

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 néonatals de base, et des services de soins obstétricaux et néonatals 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 SSRA 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.



Photo : Kathleen Prior

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.

Photo : Victoria Zegler



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 forcement 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 approche 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 a une source précise d'informations et un accès continu a 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.


Photo : Relief International

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 un réticence grandissante à se rendre dans un établissement de santé. En réponse, Ipas Bolivie a réagi rapidement pour soutenir un mouvement de media 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 continue 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 a 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 ou 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.



Photo : Mats Lignell

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 choisit 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 preserver 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 âgé. 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 confronter 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 crée 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 planning familial 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.



Photo : Reginald Louissant Jr

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 patiente.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 survivante.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 fourni 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

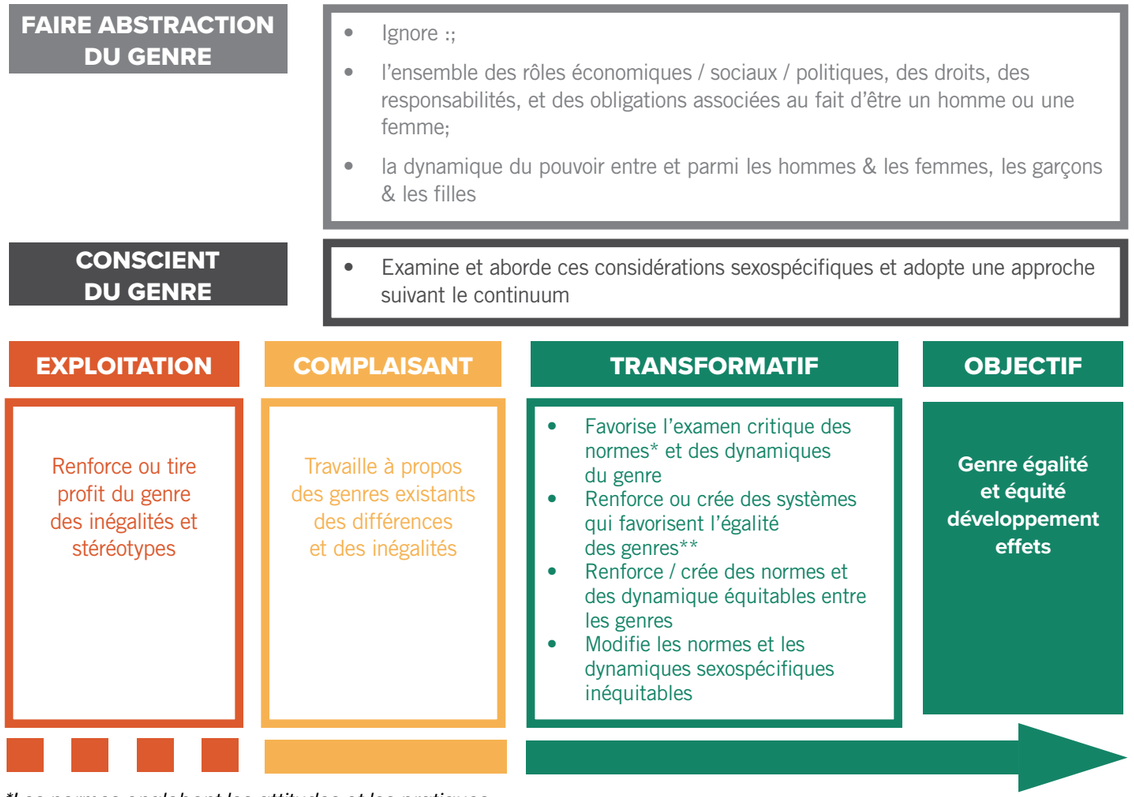
En plus d'adopter des stratégies de CSC, tous les programmes de SSR (même les activités communautaires) devraient inclure une perspective d'intégration du genre. Les programmes et les politiques d'égalité de sexes examinent et abordent délibérément les résultats attendus en matière de genre, tant au 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.



Photo : Plan International

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



**Les normes englobent les attitudes et les pratiques*
***Un système consiste en un ensemble de structures, de pratiques et de relations en interaction*

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 « jeunese 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.


Photo : Tito Justin

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 intimite 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 mobilisé pour fournir des services de SSR à leurs pairs, aidé 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. Reconnaissant 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 une plan de campagne national 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 outil 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 proposées 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 forcement 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 del'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 télémédecine 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. Le plateforme EVS a été conçu en réponse aux besoins d'information et aux priorités des adolescentes, tout en tenant compte des préoccupations liées à l'accessibilité, à la intimitee 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.


Photo : UNFPA

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 à 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 a 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.



Photo : Antonia Roupell

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 inclues 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 centre 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 centre 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.



Photo : Isabell Modigell

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 différentes 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 cleint.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 coscient.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 coscient.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.


Photo : Susan Warner



Photo : Save the Children

CHAPITRE 7 : DES DONNÉES POUR L'ACTION

Ce chapitre traite de l'importance de recueillir et d'utiliser des données pour informer, mesurer et ajuster votre programme pour la santé sexuelle et reproductive de l'adolescent.e.s (SSRA), ainsi que de partager les preuves obtenues. Les données recueillies ne devraient pas être, seulement, stockées et oubliées pour récolter de la poussière. Elles doivent être utilisées pour agir ! Comme on l'a vu dans la boîte à outils, il existe de nombreux domaines dans la SSRA qui nécessitent d'avantage de preuves. Ce chapitre fournit des conseils sur la façon de mener des activités de données pour l'action – aux côtés des adolescent.e.s et de la jeunesse, tout au long du programme et du continuum humanitaire – afin d'aider à élargir la base de données des preuves pour la SSRA.

Chapitre 7 : Objectifs de l'apprentissage

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

- Décrire comment impliquer les adolescent.e.s dans le diagnostic, la conception des programmes, le suivi et l'évaluation des activités humanitaires;
- Comprendre les principes de la recherche auprès des adolescent.e.s;
- Identifier les outils et les méthodes de collecte et de suivi des données SSRA;
- Expliquer ce que sont les données pour l'action et pourquoi c'est important pour la programmation SSRA;

Ce chapitre est lié au chapitre 5 : Évaluation, suivi et évaluation dans le Manuel de terrain inter-organisation (IAFM) et comprend des outils adaptés aux adolescent.e.s et conformes à la Norme 7 : Données et amélioration de la qualité des normes mondiales pour des services de soins de santé de qualité pour les adolescent.e.s de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il fournit des conseils et des outils que les chargé.e de projet peuvent utiliser tout au long de chaque phase du programme et du cycle humanitaire.

Comment pouvons-nous mettre en œuvre les activités des données pour l'action au cours des différentes phases du programme et du cycle humanitaire ?

Souvent, les chargé.e de projet pensent aux activités de suivi et d'évaluation (M&E) pendant une seule phase du projet : la fin. Toutefois, les données devraient être utilisées dans toutes les phases du projet, en particulier pour orienter la conception du projet, pendant la mise en œuvre pour surveiller et adapter les activités, et à la fin pour mesurer l'impact, établir des évidences ou ajuster la programmation pour les travaux futurs. De même, les données devraient être utilisées tout au long de l'intervention humanitaire, et pas seulement au début pour effectuer des évaluations des besoins. Les données devraient être recueillies, discutées et utilisées pour améliorer la programmation pendant la préparation, l'intervention et les premiers efforts de récupérations. En reprenant un thème récurrent tout au long de la boîte à outils, l'engagement des adolescent.e.s et de la communauté est crucial pendant chacune des phases du programme et du continuum humanitaire. L'implication des adolescent.e.s et des membres de la communauté à la conception, au suivi et à l'évaluation des services ou des programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris dans les mécanismes de responsabilisation, aide à mieux répondre aux besoins des adolescent.e.s tout en leur donnant les moyens de renseigner activement le changement. La participation des adolescent.e.s et des membres de la communauté a des postes de décision et de leadership à chaque étape de l'action humanitaire, comme lors des processus d'appréciation des besoins humanitaires et du Plan d'intervention humanitaire, peut aider à faire en sorte que les besoins des adolescent.e.s soient compris, reflétés et inclus dans la planification des secteurs pertinents.

La figure P montre comment les phases du programme humanitaire fonctionnent avec la participation des adolescent.e.s et des membres de la communauté tout au long du processus. Les quatre prochaines parties de ce chapitre vous guideront sur la façon de mettre en œuvre les activités des « données pour l'action », en partenariat avec les adolescent.e.s et les membres de la communauté, au cours des évaluations, de la conception, de la mise en œuvre et du suivi du programme, ainsi que de l'évaluation de votre projet.

À noter qu'il s'agit d'une représentation graphique des phases opérationnelles humanitaires. Il ne représente pas la réalité. Comme nous le savons, aucune urgence humanitaire n'est la même et ils ne suivent pas une ligne ou un cercle continus. Voir Figure D : Le Continuum d'une Urgence pour plus d'informations.

Figure P : Cycle de projet



Source : Adapté du chapitre 5 de l'IAFM : Diagnostic, Suivi et Évaluation (IAWG, 2018).

Qu'est-ce qu'une évaluation ?

Une évaluation est une méthode qui a pour objet de comprendre et de repondre aux besoins ou aux écarts identifiés entre les conditions actuelles et souhaitées, ainsi qu'aux facteurs qui ont contribué à ces lacunes identifiées. Ainsi, l'objectif de la réalisation des évaluations de la SSRA est d'identifier les besoins des adolescent.e.s et les obstacles auxquels ils sont confrontés, ainsi que de déterminer la capacité des services et du système de santé existants à répondre à ces besoins. Tout au long du continuum humanitaire et de la durée d'un programme, il est possible d'effectuer des évaluations périodiques pour apprécier les progrès du programme dans la réalisation de ses objectifs en matière de SSRA. La collecte de données doit être guidée par ce que vous devez savoir, non pas par les questions que vous pouvez poser ou ce qui serait agréable de savoir. Ainsi, toutes les données collectées devraient avoir un but clair et une utilisation.

Pourquoi les évaluations des besoins sont-elles importantes ?

Dans une crise humanitaire, il est essentiel de comprendre la situation des différents sous-groupes d'adolescent.e.s pour pouvoir répondre à leurs besoins spécifiques en matière de SSR. Nous utilisons l'évaluation, le suivi et l'appréciation à différentes étapes d'une intervention humanitaire afin de :

- Comprendre et quantifier les besoins des populations prises en charge des facteurs contributifs et influences, tel que décrit dans le modèle socio-écologique de la Figure C;
- Identifier les obstacles et les facilitateurs des programmes;
- Assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources;
- Déterminer le succès ou l'échec d'un programme;
- Déterminer les conséquences intentionnées et non intentionnées, positives et négatives du projet;
- Assurer la responsabilité et la transparence aux donateurs, aux bénéficiaires et aux autres parties prenantes;
- Informer les programmes futurs et contribuer à l'établissement de la base de données des évidences.



Photo : Jonathan Hyams

Que devrions-nous savoir avant de procéder à des évaluations auprès des adolescent.e.s ?

Avant de commencer toute évaluation ou recherche auprès des adolescent.e.s, les gestionnaires de SSR doivent se conformer aux À FAIRE et À NE PAS FAIRE suivants :

À FAIRE ✓	À NE PAS FAIRE ⊘
L'information est recueillie auprès d'adolescent.e.s ou de personnes proches de leur âge. *Les adultes / parents ne sont pas toujours conscients des conditions auxquelles les adolescent.e.s sont confrontés. Les adultes peuvent fournir des informations qui sont basées sur ce qu'ils perçoivent au lieu de la réalité. Parler aux jeunes adultes ou à la jeunesse qui sont plus proches de l'âge des adolescent.e.s (si vous n'êtes pas en mesure de parler avec les adolescent.e.s) fournira des informations plus précises.*	NE JAMAIS effectuer une évaluation si son déroulement ou les résultats risquent de mettre l'équipe d'interview ou les adolescent.e.s en danger. *La participation à l'étude est-elle susceptible de compromettre la sécurité personnelle des adolescent.e.s ? Est-il fort probable que l'étude cause des dommages émotionnels ou psychologiques aux adolescent.e.s ? Si vous répondez « oui » à l'une ou l'autre des questions, n'effectuez pas l'évaluation.*
L'information est nécessaire et justifiée. *Ne posez des questions que pour lesquelles vous pouvez utiliser les informations obtenues (par exemple, amélioration des services, représentation, mobilisation des ressources, etc).*	NE PAS collecter d'informations pouvant être obtenues ailleurs. *Avant de commencer la collecte de données primaires, examinez les données existantes (secondaires) qui pourraient être disponibles pour répondre à ce qu'il faut savoir sur les besoins et les priorités des adolescent.e.s. Cela inclut les examens documentaires et les plans de préparation déjà existants qui peuvent fournir une analyse de la situation avant l'urgence, y compris les groupes d'adolescent.e.s à risque spécifiques, les facteurs de vulnérabilité et / ou les leçons tirées des situations d'urgence précédentes. Les évaluations des besoins inter-organisations, les aperçus des besoins ou les plans de réponse peuvent fournir des informations spécifiques au secteur sur les adolescent.e.s.* *Les rapports de situation diffusés et les données gouvernementales existantes peuvent également fournir des informations pour éclairer la programmation. Les praticiens doivent également réfléchir aux proxys de données qui peuvent être utilisés pour la SSRA. Par exemple, les données sur l'insécurité alimentaire et la distance aux sources d'eau peuvent être utilisées comme indicateur de la vulnérabilité des filles à la violence basée sur le genre (VBG), y compris la violence sexuelle. Les données existantes du gouvernement, des membres du cluster, le suivi des déplacements et les évaluations sectorielles qui différencient par âge, sexe, handicap et statut socio-économique peuvent également fournir des informations précieuses.*
Les avantages pour les adolescent.e.s l'emportent sur les risques.	
Les interventions qui en découleront profiteront directement aux adolescent.e.s.	

Si votre recherche est conforme aux CHOSES À FAIRE et À NE PAS FAIRE ci-dessus, la prochaine chose à considérer est les exigences minimales pour mener des évaluations ou des recherches avec des adolescent.e.s, décrites dans cette boîte à outils. Tout le personnel effectuant des évaluations avec des adolescent.e.s devrait recevoir une formation sur les éléments ci-dessous inclus dans la liste de contrôle pour la conduite des évaluations avec les adolescent.e.s. Le module SSRA de la formation des formateurs (FDF) du groupe de travail interagences sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) fournit des conseils sur la manière de former d'autres personnes aux données pour l'action. Les praticiens peuvent consulter le guide de l'OMS : Conseils concernant les facteurs éthiques à prendre en compte lors de la planification et l'analyse des recherches sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s pour des recommandations supplémentaires et des informations sur la conduite de la recherche SSRA. Le Consortium sur l'intervention en matière de santé reproductive dans les conflits (RHRC) fournit également des conseils sur l'élaboration des questions d'enquête et un manuel pour la formation des enquêteurs. En outre, la Boîte à outils d'évaluation de la santé reproductive pour les femmes touchées par les conflits de l'USAID et des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) fournit des conseils sur la saisie, le nettoyage, l'analyse des données et des suggestions sur l'utilisation des données.



Photo : Plan International

Liste de contrôle pour la réalisation d'évaluations avec des adolescent.e.s

☐ **Accords :** un accord concernant la conduite d'évaluations doit être délivré par l'organisme de coordination, ainsi que du gouvernement local et des autorités sanitaires, des dirigeants communautaires locaux et des organisations partenaires. Examen éthique ou accord éthique peut également être requis dans certains pays ou par certaines agences et institutions en fonction du type d'évaluation mené.

☐ **Confidentialité :** les données doivent être collectées dans un cadre permettant de garantir la confidentialité (tant sur le plan visuel qu'auditif) et dans lequel les adolescent.e.s se sentent à l'aise. Les adultes ne devraient pas être présents pendant les évaluations pour permettre une discussion ouverte entre les adolescent.e.s; cependant, si l'adolescent.e demande la présence d'un soignant lors d'une évaluation, celui-ci doit être autorisé, mais correctement encadré au préalable pour comprendre son rôle. Les adultes de confiance sont autorisés à voir des adolescent.e.s, mais ne doivent pas être à portée de voix de la discussion entre adolescent.e.s.

☐ **Sécurité :** la sécurité de la population bénéficiaire doit toujours être la priorité absolue. Si le fait de mener une évaluation risque de mettre en danger les participants ou les personnes chargées de l'étude, alors il convient d'y renoncer. Le personnel doit recevoir un briefing de sécurité avant de procéder à toute évaluation pour comprendre les risques spécifiques et les protocoles de sécurité pour ce domaine, en particulier si vous faites appel à des tiers pour l'évaluation (traducteurs, fournisseurs, etc.).

☐ **Protection de l'enfant :** tout le personnel impliqué (qu'il fasse partie de votre organisation ou une personne tierce) devrait recevoir une orientation sur la protection de l'enfant pour comprendre ce que fait votre organisation pour assurer la sécurité des enfants (et des informations obtenues auprès des enfants). Il est également recommandé de procéder à une vérification des antécédents de tout le personnel concerné avant de travailler avec des adolescent.e.s ou leurs données. Le personnel doit également avoir une expérience de travail avec des adolescent.e.s ou recevoir une formation sur les considérations relatives aux adolescent.e.s.

☐ **Inclusion :** Dans la mesure du possible, au moins un membre de l'équipe d'évaluation doit être du même sexe et parler la même langue que les participants. Tout le personnel d'évaluation doit être d'un âge adapté au contexte pour discuter des problèmes liés à la SSR avec les adolescent.e.s. Lorsque cela est possible, les évaluations doivent être pré-testées pour s'assurer que la langue est comprise et appropriée pour les participants. Si vous devez engager un traducteur, vous devez vous assurer qu'il reçoit une formation appropriée, y compris des protocoles de sécurité et de protection de l'enfance. Les membres de l'équipe d'évaluation devraient consulter les membres de la communauté sur la terminologie appropriée au contexte pour éviter la stigmatisation.

☐ **Références :** Il convient de s'assurer que des ressources ou des services de référence appropriés sont accessibles avant de mener une quelconque évaluation. Tout le personnel d'évaluation a besoin d'une formation sur la manière de répondre aux besoins des adolescent.e.s, si une évaluation aboutit à des services demandés par un / une adolescent.e. Par exemple, le personnel chargé de l'évaluation doit connaître le bon mécanisme de référence (et apporter les formulaires appropriés) pour s'assurer que des liens avec un traitement médical et psychologique ou un soutien sont disponibles pour les participants qui déclarent être des survivants de violence sexuelle.

☐ **Consentement :** toute personne participant au diagnostic doit être pleinement informée de son objectif (dans la langue / terminologie qu'ils peuvent comprendre). Cela comprend le but de l'évaluation, les méthodes qui seront utilisées, la nature des questions qui seront posées, les risques et les avantages de participer avant de donner son assentiment / consentement à participer, comment les participants ont été sélectionnés et quelles mesures seront prises pour protéger leur vie privée et leur confidentialité. Les responsables de la SSR doivent également expliquer que l'adolescent.e peut interdire l'utilisation de ses données avant la publication des résultats. Les responsables SSR doivent se conformer aux lois locales concernant le consentement. Dans la mesure du possible, l'assentiment verbal et le consentement devraient être recueillis afin de ne pas enregistrer les informations identifiables des personnes (par exemple leur signature).

- ☐ *Consentement :* se réfère à l'autorisation que quelque chose se produise. Dans la recherche, le consentement éclairé est le processus formel d'obtention de l'autorisation avant qu'une personne puisse participer à la recherche. Reportez-vous au principe de capacité qui stipule qu'une adolescente – qui identifie qu'elle veut des services de SSR et demande volontairement des soins de SSR, comme les soins maternels, la contraception, les soins liés aux infections sexuellement transmissibles (IST), ou pour interrompre la grossesse – est capable de consentir aux services. Le personnel humanitaire doit toujours se conformer aux lois locales concernant le consentement. Lorsque les lois / politiques / statuts gouvernementaux n'incluent pas de directives sur la gestion des conflits éthiques et juridiques, les praticiens doivent agir dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Si l'autorisation parentale est requise, le personnel humanitaire doit s'assurer qu'il reçoit le consentement de la personne qui s'occupe de l'adolescent, ainsi que l'assentiment de l'adolescent.

- ☐ *L'assentiment :* se réfère à « la volonté de participer à la recherche, aux évaluations ou à la collecte de données par des personnes qui, par définition juridique, sont trop jeunes pour donner un consentement éclairé… mais qui sont suffisamment âgées pour comprendre la recherche proposée en général, ses risques attendus et ses avantages éventuels, et les activités attendues d'eux en tant que sujets. » L'assentiment donne aux adolescent.e.s qui n'ont pas l'âge légal (selon les lois locales où l'adolescent.e réside) la capacité de s'approprier leur participation et de prendre leur propre décision quant à savoir s'ils veulent ou non participer. L'assentiment est crucial pour mener des activités de recherche auprès des adolescent.e.s, car ils sont habilités à prendre leur propre décision quant à savoir s'ils veulent ou non participer à l'activité. Même si la personne qui s'occupe d'un / une adolescent.e donne son consentement, un / une adolescent.e est libre de ne pas donner son consentement et ne devrait pas être forcé de participer à l'évaluation.

☐ **Participation volontaire :** La participation est totalement volontaire et les participants peuvent refuser de répondre à certaines question ou décider de se désister du diagnostic à tout moment. Les personnes ou l'organisme menant l'étude doivent respecter les souhaits d'adolescent.e et ne pas insister pour obtenir réponse aux questions posées. Idéalement, le personnel chargé de l'évaluation ne devrait pas utiliser des incitations pour faire pression sur la participation. Si des incitations sont utilisées, elles doivent être alignées sur le niveau de vie local. Les adolescent.e.s doivent également être informés qu'ils peuvent se retirer sans perdre aucun avantage ni aucun service.

☐ **Confidentialité et anonymat :** la confidentialité et l'anonymat doivent être assurés à tout moment. Le maintien de la confidentialité signifie que seules certaines personnes impliquées dans la collecte des données peuvent lier les réponses à un / une participant.e spécifique. Toute collecte de données qui comprend des informations personnelles, comme un formulaire d'inscription, doit être séparée et ne doit pas avoir de liens clairs avec d'autres données. La protection de l'anonymat signifie qu'aucune information d'identification des participants ne sera enregistrée (nom, lieu de résidence, etc...). Les membres de l'équipe d'évaluation sont tenus de signer des accords de confidentialité et de s'abstenir d'évoquer de quelconques aspects de l'étude avec qui que ce soit en dehors du responsable de l'étude. L'identité des adolescent.e.s participants ne doit être communiquée à personne en dehors de l'équipe d'étude et ne doit pas être liée à leur réponse. Dans la mesure du possible, les données doivent être rendues anonymes. Idéalement, le nom ou autre information permettant d'identifier ne doivent être liés à aucun participant. Si un lien est établi durant la collecte de l'enquête, les informations identifiant la personne doivent être détruites dès la fin de cette enquête.

  - ☐ *Le stockage de données :* doit être protégé de manière à ce que personne venant de l'extérieur ne puisse pas y accéder. Pour les données stockées sur ordinateur, les dossiers et fichiers doivent être protégés par un mot de passe. Pour les dossiers papier, les fichiers doivent être conservés dans un tiroir ou un classeur verrouillé. Toutes données personnelles identifiables doivent être détruites dès l'analyse de données terminée, ou dès lors que les questionnaires risquent de constituer une menace pour les participants ou le personnel. Les responsables de programmes doivent également prendre en considération la police de données de cyber-sécurité liées à la confidentialité et à la sécurité des prestataires, des établissements de santé et des adolescent.e.s.

☐ **Utilisez les données!** Débriefer après l'évaluation avec l'équipe d'évaluation et déterminer comment utiliser au mieux les données pour améliorer les résultats de la SSR des adolescent.e.s. Votre équipe doit consulter des adolescent.e.s, ainsi que des membres de la communauté, sans briser la confidentialité. Les recommandations issues de l'évaluation devraient être partagées par le biais de mécanismes de coordination humanitaire appropriés (Groupe de travail SSR, Cluster Santé, etc.) afin de s'assurer que les autres partenaires puissent également ajuster la programmation pour mieux répondre aux besoins des adolescent.e.s en matière de SSR. Pour les évaluations multisectorielles et sectorielles, les responsables de la SSR doivent collaborer à la conception et à la réalisation des évaluations afin de plaider conjointement en faveur de l'inclusion des adolescent.e.s. Assurez vous que toutes les données soient anonymes. Les données doivent être partagées avec les adolescent.e.s et la communauté dans un format approprié et accessible.

En quoi les adolescent.e.s sont-ils différents d'autres bénéficiaires dont nous recueillons les données ?

La façon de collecter les données doit être adaptée aux populations adolescentes. Les modes habituels de collecte de données, tels que les enquêtes en personne, peuvent ne pas convenir à tous les adolescent.e.s pour diverses raisons, notamment lorsqu'il s'agit de discuter de sujets sensibles. Les praticiens doivent rencontrer l'adolescent.e là où il se trouve, que ce soit par des entretiens individuels, des méthodes de narration, des photos ou d'autres méthodes. Voici quelques considérations sur la façon de conduire des évaluations avec des adolescent.e.s :

- Les adolescent.e.s peuvent avoir une durée d'attention plus limitée que les adultes, ce qui rend difficile de rester engagé pour une longue évaluation ou une activité de groupe. Les enquêtes doivent être pilotées et rester aussi succinctes que possible et les activités de groupe doivent être limitées à une heure;
- Les adolescent.e.s peuvent être plus adeptes de la technologie que les adultes, ce qui permet de réaliser des enquêtes auto-administrées à l'aide de plateformes telles que l'auto-interrogatoire assisté par ordinateur;
- Les adolescent.e.s peuvent se sentir intimidés par la discussion de questions liées à la SSR devant un grand groupe de pairs. Les activités ou discussions en petits groupes (4-5 participants) peuvent être plus confortables que les discussions standard en groupes de 10-12 participants. En outre, pour s'assurer d'une participation active, les sessions de groupe devraient être spécifiques à chaque sexe, dans la mesure du possible.

Comment parler des valeurs de la SSR avec des adolescent.e.s ?

Comme indiqué dans d'autres parties de la boîte à outils, les normes sociales, les tabous et la sensibilité en matière de SSR dans certains contextes ou chez certaines personnes peuvent avoir un impact sur les activités, les services et les informations fournis aux adolescent.e.s. Ceci est également vrai pour les évaluations. Les forces et les faiblesses de l'équipe (liées aux valeurs, aux attitudes, aux compétences et à l'expérience) lors de l'attribution des rôles et des tâches est donc une considération essentielle lors de la planification de la participation des adolescent.e.s et de la communauté.

Qui doit effectuer les diagnostics ?

Les équipes d'évaluation peuvent être grandes ou petites, en fonction de la spécificité de l'évaluation, de la zone couverte par l'évaluation, de la taille de la population que l'équipe consulte, du degré d'accessibilité ou de sécurité des conditions, et des méthodes que votre équipe prévoit d'utiliser. En général, il est composé de différentes spécialités : clinique, recherche, gestion et santé publique. L'équipe doit avoir des compétences techniques appropriées, une formation et une expérience dans la conduite d'évaluations. Ils doivent être capables de communiquer avec les adolescent.e.s dans leur(s) langue(s) locale(s), y compris sur des sujets de SSR. Pour finir, ils doivent comprendre comment analyser et interpréter les résultats et utiliser les données en conséquence.

Les responsables de la SSR peuvent contribuer à atténuer les risques lorsqu'ils procèdent à des évaluations par :

- Faire prendre conscience aux membres de l'équipe d'évaluation de leurs préjugés et de leur pouvoir, et permettre aux chefs d'équipe de contester ces opinions (voir Outils CVTA pour de plus amples renseignements);
- Assurez vous que votre équipe soit issue de différents milieux, notamment l'âge, l'origine ethnique, l'appartenance religieuse, les capacités physiques et le statut social;
- Vous assurer que votre équipe présente un équilibre approprié entre les sexes. Par exemple, il peut être indélicat pour un homme de questionner une adolescente mariée sur son histoire reproductive;
- Veiller à ce que tout le personnel engagé soit formé et bénéficie d'une supervision de soutien continue sur la SSR des adolescent.e.s et des jeunes, sur les services auxquels ils ont accès (y compris les services que votre organisation ne fournit pas), et sur la manière d'orienter les adolescent.e.s vers ces services – si quelque chose devait survenir pendant leur participation;
- Former les membres de l'équipe à des méthodes spécifiques permettant de s'engager de manière appropriée auprès des adolescent.e.s et des communautés, y compris la compréhension des nuances de langage autour de sujets sensibles tels que le sexe et la sexualité (Voir Participation de la Communauté pour plus d'informations);
    - Dans la mesure du possible, il est de bonne pratique de faire participer les adolescent.e.s aux équipes d'évaluation (sauf si cela met mal à l'aise les autres adolescent.e.s participants et / ou les membres de la communauté).

Quels types d'évaluations doit-on utiliser avec la jeunesse et les adolescent.e.s, et quand les utiliser ?

Il existe plusieurs types d'évaluations que les intervenants humanitaires peuvent utiliser pour comprendre les besoins, les obstacles et les expériences des adolescent.e.s, ainsi que les possibilités d'engager la conversation avec eux. Le but de ce diagnostic et la phase d'urgence dans laquelle elle est menée déterminera quel type d'enquête utiliser et quand.

Le DMU n'attend pas les évaluations!

Il est important de rappeler que le Dispositif Minimum de Service Initial pour la Santé Sexuelle et Reproductive dans les Situations de Crise (DMU) est mis en œuvre sans aucune évaluation préalable. Le lancement du DMU ne devrait jamais être retardé dans l'attente des résultats d'une évaluation, y compris l'évaluation rapide initiale.

Le tableau 6 fournit des informations sur le moment où vous pouvez utiliser ces évaluations au cours des différentes phases du programme et du cycle humanitaire, sur la manière d'impliquer les adolescent.e.s dans les différentes évaluations, ainsi que des exemples et des outils à consulter lors de l'utilisation de ces évaluations. Il comprend également plusieurs méthodologies participatives, notamment la cartographie corporelle et participative, les exercices de classement, les cartes de score, les promenades d'étude et les récits. L'objectif des méthodes participatives est de rendre le processus d'évaluation aussi inclusif que possible. Les organisations communautaires dirigées par des membres de la population touchée et les groupes informels de différentes sous-populations au sein de la population touchée, tels que les clubs d'adolescent.e.s ou les réseaux de jeunesse, doivent être engagés et impliqués tout au long du processus. Le tableau 6 sera cité tout au long du chapitre, car plusieurs des évaluations peuvent être utilisées au cours de différentes phases du cycle de programme et du continuum humanitaire. *Note : ce tableau n'est pas une liste complète de tous les outils et méthodes d'évaluation qui peuvent être utilisés pour la collecte de données sur la SSRA.*

Pour toutes les évaluations, il est important que les intervenants humanitaires comprennent les principes de la collecte de données auprès des adolescent.e.s et de la jeunesse, y compris les considérations éthiques, qui sont abordées ci-après.

Tableau 6 : Evaluations de la SSRA, calendrier et outils

Outil d'évaluation	But & calendrier	Outils et informations supplémentaires
Évaluations et analyses des besoins		
Évaluation initiale rapide (IRA)	Une IRA est effectué au cours des 72 premières heures d'une urgence aiguë et sert à recueillir des informations démographiques et à identifier les questions vitales qui doivent être traitées d'urgence pour assurer le bien-être de la population bénéficiaire. Il est important de prendre en compte les préoccupations de SSR des adolescent.e.s dans l'évaluation des besoins dès le début d'une situation d'urgence. L'évaluation des besoins peut également être effectuée dans le cadre des efforts de préparation aux situations d'urgence. L'évaluation des besoins des adolescent.e.s doit répondre à des questions liées aux principales préoccupations de SSR des adolescent.e.s; aux besoins prioritaires des adolescent.e.s en matière de SSR (puberté, contraception, etc.); à la manière dont les besoins des adolescent.e.s diffèrent en fonction de l'âge, de l'état civil et d'autres clés variables; à la manière dont les services actuels répondent aux besoins des adolescent.e.s en matière de SSR; aux barrières existantes pour les adolescent.e.s qui accèdent ou utilisent les services de SSR; et aux membres de la communauté à impliquer dans les activités de SSR.	L'exemple IRA figurant à l'Annexe O : IRA pour SSRA ne peut pas être utilisé comme un outil autonome, mais il fournit une vue d'ensemble des données sur la SSR qui devraient être collectées. Il peut être utilisé comme un outil complémentaire pour d'autres formats d'évaluation rapide. Pour les IRA multisectoriels, voir les orientations du Comité permanent inter-organisations (IASC).
Évaluation détaillée des besoins	En accord avec l'IRA, les intervenants humanitaires devraient procéder à une évaluation détaillée des besoins en matière de SSRA (le plus souvent quelques semaines après le début de l'urgence). Cette évaluation permet de mieux comprendre les besoins et les priorités des adolescent.e.s, en coordination avec d'autres acteurs humanitaires (par exemple le Health Cluster, le sous-groupe de travail SSR et le sous-cluster VBG).	ActionAid dispose en ligne d'une liste et d'un modèle de rapport détaillés pour l'évaluation des besoins que les praticiens peuvent adapter pour réunir plus d'informations détaillées sur la SSRA.

Capacité communautaire et évaluation des besoins	La capacité communautaire et l'évaluation des besoins (également appelée « auto-évaluations ») sont des analyses de capacités choisies qu'on compare à des capacités existantes. Ceci est un moyen systématique de recueillir des données et de l'information sur la capacité de la communauté. Ces évaluations aident les communautés à déterminer leurs points forts et les domaines à améliorer sur un sujet ou une problématique. Les praticiens humanitaires peuvent s'en servir pour encourager leur développement des capacités auprès des membres de la communauté. Ces évaluations peuvent être utilisées pendant les phases de préparation et de réponse à l'urgence, notamment pour élaborer des stratégies de réponse ou des appels de fonds d'urgence. Ils aident les communautés à déterminer les domaines d'intervention prioritaires, en plus d'aider à préparer les membres de la communauté à jouer un rôle actif dans leurs communautés. L'information en relation à la capacité communautaire et à l'évaluation des besoins peut être recueillie en utilisant un certain nombre de techniques décrites dans ce tableau, telles que les enquêtes sur les ménages, les groupes de discussion (GD), la cartographie participative, le jeu de rôle, les promenades d'étude, les sources secondaires et par le dessin de diagramme saisonnier.	Plusieurs organisations ont des exemples de capacité communautaire et d'évaluation des besoins, ayant toutes différents domaines de capacité ou de besoins. Ces domaines de capacité devraient être liés aux besoins ou au dessein de la communauté, et donc changer en fonction de chaque contexte et de chaque communauté. Save the Children dispose d'un guide de renforcement des capacités communautaires, ainsi que de son outil d'évaluation proprement dit, l'outil d'auto-évaluation communautaire. La Fédération internationale de la Croix-Rouge dispose d'une directive sur l'évaluation de la vulnérabilité et de la capacité et de documents connexes quant à son application. Le Prêt pour sauver des vies : la boîte à outils préparation de soins de santé d'urgence pour la SSR contient également des conseils et des outils de ressources pour la capacité communautaire et l'évaluation des besoins. L'OMS dispose d'un guide d'introduction à l'évaluation des besoins de santé communautaire, qui comprend des conseils à l'intention des praticiens et des formateurs.
Analyse de la situation	Une analyse situationnelle aide les intervenants humanitaires à comprendre le contexte des populations touchées (d'un point de vue juridique, politique, culturel et socio-économique) et comment ces facteurs contextuels ont un impact sur leurs besoins en matière de SSR et sur la disponibilité des services. Les analyses situationnelles devraient inclure des questions sur la manière dont la crise ou les facteurs contextuels ont affecté différentes sous-populations, y compris les adolescent.e.s et les sous-groupes d'adolescent.e.s (par exemple, les adolescentes enceintes).	La boîte à outils a mis à jour l'analyse situationnelle de la version 2009 de la boîte à outils SSRA, à utiliser avec plusieurs évaluations. Les responsables de la SSR peuvent utiliser l'Annexe P et l'Annexe Q pour les questions à poser aux adolescent.e.s, aux prestataires, ou aux membres de la communauté, y compris les agents de santé communautaires, lors de la collecte d'informations. L' IAFM, à la section 5.5 de l'IAFMfournit des conseils sur la manière d'examiner la littérature et les indicateurs, dans le cadre de l'évaluation du DMU. Le consortium du RHRC fournit également des lignes directrices d'analyse situationnelle.

Analyse de l'environnement	L'analyse de l'environnement examine et analyse des données afin de cerner les menaces et les opportunités qui pourraient influencer vos décisions de programmation. Elles comprennent des questions sur le contexte juridique (lois / politiques affectant l'utilisation de la SSR chez les adolescent.e.s) et le soutien gouvernemental à la SSRA; les services actuellement fournis aux adolescent.e.s; la formation offerte aux prestataires de services sur la prestation de services aux adolescent.e.s; où et comment les adolescent.e.s accèdent aux services qui leur sont proposés (public, privé, etc.); les défis / obstacles auxquels les adolescent.e.s sont confrontés pour accéder aux informations et services de SSR; les décideurs en matière de SSRA; les autres partenaires, associations et parties prenantes travaillant sur la SSR; et le type de données qui ont été collectées ou utilisées pour la SSRA. Ces analyses devraient être faites préalablement ou pendant la conception du programme.	Le Women's Refugee Commission (WRC) fournit un exemple des questions utilisées pour l'analyse de l'environnement de la programmation de la SSRA, dans les situations de crise humanitaire de 2009 à 2012. The Coalition for Adolescent Girls fournit un exemple de la façon dont ils engagent les adolescentes à mener leur analyse de l'environnement dans le bidonville de Kibera, au Kenya.
Analyse des genres	L'analyse des genres étudie les relations entre les personnes de tous les genres. On étudie leurs rôles, leurs accès et contrôle des ressources ainsi que les contraintes qui s'opposent entre eux. L'analyse des genres devrait être intégrée dans l'évaluation des besoins d'aide humanitaire et dans les évaluations des besoins de tous secteurs ou de toutes analyses situationnelles.	L'IASC a élaboré un manuel contenant des conseils sur l'analyse du genre, la planification et les actions visant à garantir que les besoins, les contributions et les capacités des femmes, des filles, des garçons et des hommes soient pris en compte dans tous les aspects d'une réponse humanitaire. Il propose également des listes pour faciliter le suivi des programmes d'égalité entre les sexes. Plusieurs organisations ont des exemples d'analyse des genres. Voici un exemple d'une analyse des genres récemment complétée par CARE et le Comité international de secours (IRC) durant la pandémie du coronavirus (COVID-19).
Autres analyses (partie prenante, risque, conflit)	Ces analyses sont indispensables à instaurer avant le démarrage de votre projet et à prendre en compte comme le processus de conception de votre programme. L'analyse de partie prenante aide les responsables à comprendre les intérêts des différents groupes, notamment les adolescent.e.s, les clubs de jeunesse et les membres de la communauté, et à élaborer des stratégies pour obtenir le soutien de ces groupes pour votre programmation tout en atténuant les risques de ceux qui pourraient ne pas soutenir pleinement vos activités / projets. Les analyses de risque et de conflit, y compris la cartographie des risques et des ressources, aident à identifier les facteurs de risque ou les dynamiques de conflit, les opportunités, les ressources ou les stratégies afin de surmonter ou d'atténuer les risques et les dynamiques du contexte.	Le ministère du Développement international (FCDO remplaçant le Department for International Development [DFID]) et l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) fournissent des conseils sur la conduite d'analyses de partie prenante, de risque et de conflit.

Entrevues et visites		
Entrevues interviews	Les entrevues individuelles ou les entrevues en profondeur génèrent des données qualitatives sur les adolescent.e.s en posant des questions ouvertes sur des sujets spécifiques, tels que la SSR et les droits. Ces entrevues peuvent être menées avec des adolescent.e.s et de la jeunesse pendant toutes les phases du cycle du programme; cependant, dans le cadre d'une intervention humanitaire, il n'est pas approprié de mener des entrevues individuelles au début d'une urgence. Il est conseillé de mener des entrevues individuelles lors de votre transition vers un programme exhaustif de SSR ou lors de situations d'urgence prolongées pour aider à concevoir des activités, à mieux instaurer le programme et à mesurer l'impact du projet sur les adolescent.e.s. Les adolescent.e.s et la jeunesse peuvent également être consultés afin de connaître leurs opinions sur qui devrait être interrogé et quelles informations obtenir d'eux, afin de nous permettre d'en apprendre plus à leur sujet.	Les questions d'entrevue individuelle peuvent être posées de manière structurée (une série de questions posées dans un ordre précis), semi-structurée (un ensemble de questions et d'interrogations suggérées qui peuvent être modifiées ou adaptées au cours de l'entrevue), ou non structurée (une liste de thèmes directeurs utilisés pour les questions inductives et ouvertes). Dans ces entrevues, on interroge les adolescent.e.s sur les conditions préexistantes et les pratiques de SSR, la situation actuelle, les changements de pratiques depuis le début de l'urgence, l'adéquation des services de SSR actuels, et leurs besoins prioritaires en matière de SSR. L'OMS et l'USAID fournissent des exemples de guides d'entrevue qui ont été utilisés avec des adolescent.e.s et de la jeunesse, dont vous pouvez disposer pour adapter votre projet et votre contexte.
Groupe focale (FGD)	Le groupe focale génère des données qualitatives sur les croyances et les attitudes des adolescent.e.s sur une question ou un problème de SSR particulier. Le groupe focale diffère des entrevues individuelles, car il permet une interaction entre tous les membres du groupe. Bien que les groupes de discussion aient besoin d'une quantité importante de planification et de préparation, ils peuvent offrir des aperçus approfondis à une question posée. Les groupes de discussion peuvent être effectués au cours de n'importe quelle phase d'un projet; cependant, il est conseillé de mener des groupes de discussion lors de crises prolongées et lors de réassignations sexuelles à la programmation complète de la conception SSR, pour mieux mettre en place, et d'évaluer efficacement votre programmation. Si la situation se présente elle-même pour conduire des groupes de discussion durant une phase aiguë, cette méthode est une excellente façon de commencer la collecte de données et d'informer les décisions de programmation. Les groupes de discussion peuvent également utiliser des approches créatives (cartographie du corps, photos explicatives et storytelling) pour parler aux adolescent.e.s sur leurs croyances, les attitudes et les expériences.	La boîte à outils a fourni une feuille de conseils pour mener des groupes de discussion, incluse dans l'Annexe R. Le groupe focale peut utiliser un guide standard avec des questions, en commençant par des questions plus générales et passer au sujet à discuter en douceur. L'Annexe RR fournit un exemple d'un groupe de discussion mené par l'équipe de Save the Children du Yémen avec des adolescent.e.s — y compris des adolescentes qui sont mariées, des adolescentes qui ne sont pas mariées, et des adolescent.e.s. Le guide du groupe focale comprend des considérations et des ajustements à prendre en compte pour chaque question selon le public. Il contient également un guide sur la façon de présenter un sujet, passer à un autre et terminer la session de groupe focale. Le consortium RHRC fournit aussi des directives de groupe de discussion.

Exercices de cartographie et de participation La boîte à outils fournit quelques exemples de ces méthodes, mais davantage de renseignements se trouvent dans Manuel de méthodologie du Réseau régional pour l'équité en santé en Afrique orientale et australe et Jeunes femmes et avortement : Guide d'évaluation de la situation des jeunes de Ipas, qui sont référencés dans cette section.		
Cartographie corporelle	La cartographie du corps est une activité participative qui permet aux filles et aux garçons d'explorer et d'exprimer comment les différents risques, les dangers, les conflits ou les situations de crise affectent leur vie, leurs expériences, leurs points de vue et leurs sentiments grâce à une méthode visuelle. Les participants dessinent le contour du corps d'une personne et utilisent la structure pour montrer comment les facteurs internes et externes ont eu un impact sur leur vie. Par exemple, en indiquant la tête sur le dessin, les animateurs peuvent demander comment un événement particulier a touché l'esprit des participants, leur façon de penser ou leur apprentissage. Cette méthode est utile pour collecter des informations sur des sujets sensibles et controversés, difficiles à décrire à l'aide de mots. La méthode peut être utilisée pour évaluer les besoins et les obstacles lors de la conception de votre projet ou pour le suivi et les mécanismes de responsabilisation tout au long de votre programmation.	Le Centre de soutien et d'intégration sociale du Brésil et du Centre pour les peuples de langue espagnole ont élaboré un guide de cartographie corporelle pour les chercheurs, qui peut être ajusté afin de répondre à votre contexte. De plus, le Réseau régional pour l'équité en santé d'Afrique orientale et australe et ses partenaires ont mis en place un manuel de méthodologie pour informer, motiver et renforcer l'action de recherche participative. Le guide fournit des informations complémentaires sur la cartographie du corps, ainsi que des exemples.
Méthodes de cartographie participatives	Dans les méthodes de cartographie participative, les adolescent.e.s et les autres participants sont invités à établir des cartes de leur région / communauté afin d'identifier par exemple les points de service ou les dangers et les risques. Cela comprend des cartes de risques et de dangers, qui servent à identifier les risques et les ressources, y compris les lieux sûrs et dangereux, dans la communauté du point de vue des adolescent.e.s, filles et des garçons, de différents âges. Cette méthode peut être utilisée pour évaluer les besoins et obstacles lors de la conception de votre projet ou pour le suivi et les mécanismes de responsabilisation tout au long de votre programmation.	Le Réseau régional pour l'équité en santé d'Afrique orientale et australe et ses partenaires ont mis en place un manuel de méthodologie pour informer, motiver et renforcer l'action de recherche participative. Le guide fournit des informations complémentaires sur la cartographie participative, ainsi que des exemples.
Cartographie sociale	Similaire à la cartographie participative, la cartographie sociale se concentre plus sur les caractéristiques sociales (population, groupe social, santé, et d'autres caractéristiques). Parmi celles-ci se retrouvent les actifs, le bien-être et la cartographie de la vulnérabilité des adolescent.e.s. Cette cartographie peut être utilisée pour identifier les principaux groupes sociaux et les processus, les besoins, les préférences et d'autres renseignements sur la santé. Les cartes sociales – le produit de cet exercice – fournissent des listes de foyers domestiques actuelles que les chargé.e de projet peuvent utiliser pour les programmes de santé et les prises de décision.	Le Réseau régional pour l'équité en santé d'Afrique orientale et australe et ses partenaires ont mis en place un manuel de méthodologie pour informer, motiver et renforcer l'action de recherche participative. Le guide fournit des informations complémentaires sur la cartographie sociale, ainsi que des exemples. IRC fournit également un exemple de cartographie sociale utilisée avec des groupes d'adolescent.e.s. Le Consortium RHRC et l'IRC fournissent aussi des lignes directives pour la cartographie communautaire.

Les exercices de classement	Il existe plusieurs types d'exercices de classement, y compris le classement diamant, le classement de bien-être, le classement de préférence, le classement matrice, et le classement par paires. Ces exercices sont utilisés pour comparer et évaluer divers services, des priorités, des obstacles ou d'autres éléments, tels que comparer différentes méthodes contraceptives ou l'estimation / le classement des adolescent.e.s sur leur satisfaction quant aux services. Les comparaisons sont faites par notation ou en regroupant ou en positionnant les éléments. Ces exercices peuvent être utilisés pendant la phase de conception afin de comprendre les préférences des adolescent.e.s, les obstacles et les priorités, ainsi que le suivi de la performance des services de votre programme.	Le Réseau régional pour l'équité en santé d'Afrique orientale et australe et ses partenaires ont mis en place un manuel de méthodologie pour informer, motiver et renforcer l'action de recherche participative. Le guide fournit des informations complémentaires sur les méthodes de classement, ainsi que des exemples. Le réseau d'apprentissage du Centre de protection des enfants (Child Protection Center Learning Network - CPC) fournit un guide méthodologique de classement participatif, et Save the Children met à disposition un guide pratique pour l'utilisation de recherche action participative avec des adolescent.e.s dans des contextes humanitaires. Le Consortium RHRC fournit aussi des directives de classement par paires.
Les promenades d'étude avec des adolescent.e.s	Les promenades d'étude, ou les enquêtes d'observation participatives, constituent une évaluation basée sur l'observation où les observateurs (chargé.e de projet humanitaires) marchent à travers la communauté avec des participants (des adolescent.e.s ou des membres de la communauté) afin d'examiner les caractéristiques, les ressources, les obstacles et les conditions générales de la région. Les promenades d'étude peuvent compléter des cartes et des données officielles, mais dans les cas où celles-ci n'existent pas, elles sont d'excellents outils pour créer un enregistrement des conditions environnementales, telles que les obstacles ou risques encourus par les adolescent.e.s qui cherchent des renseignements et des services SSR. Elles peuvent être utiles pour comprendre les conditions, les atouts, les services et les obstacles du point de vue d'un adolescent. La promenade peut prendre moins d'une heure et durer jusqu'à trois heures, mais la planification au préalable est importante pour identifier les objectifs et les méthodes. Cette méthode peut être utilisée pour évaluer les obstacles et les besoins dans la conception des activités bénéfiques aux adolescent.e.s, ainsi que pour le suivi et les mécanismes de responsabilité plus tard dans le projet.	Le Réseau régional pour l'équité en santé d'Afrique orientale et australe et ses partenaires ont mis en place un manuel de méthodologie pour informer, motiver et renforcer l'action de recherche participative. Le document d'orientation fournit des informations complémentaires sur les promenades d'études / les enquêtes participatives d'observation et comprend des exemples.

L'élicitation photographique	L'élicitation photographique consiste en l'utilisation de photographies, de dessins animés, d'expositions publiques (graffitis) ou autres images afin de susciter la discussion. Le personnel d'évaluation se doit de choisir soigneusement la photographie ou l'illustration / l'image, qu'ils montrent aux adolescent.e.s. Ils leurs demanderont quels sentiments ils ressentent en voyant la photo, ainsi leur demanderont également de réfléchir à des situations, des conditions ou des problèmes survenus à la pensée lors de la visualisation de la photo ou de l'image. Cette approche encourage la discussion ouverte et aide à raviver des souvenirs. Ce procédé peut être utilisé pour évaluer les besoins et obstacles lors de la conception de votre projet ou pour le suivi et les mécanismes de responsabilisation tout au long de votre programmation.	Le Réseau régional pour l'équité en santé d'Afrique orientale et australe et ses partenaires ont mis en place un manuel de méthodologie pour informer, motiver et renforcer l'action de recherche participative. Le guide fournit des informations complémentaires sur l'élicitation photographique / les codes d'images ainsi que des exemples. Gender and Adolescent Global Evidence fournit des exemples d'utilisation de la photographie, ainsi que la narration visuelle (voir ci-après) et les méthodes de recherche participative pour prendre contact avec les jeunes dans les situations d'urgence.
Le storytelling	Le storytelling, y compris l'histoire de la vie, la technique du changement le plus significatif (Most Significant Change), et les récits, consiste à inviter les adolescent.e.s à créer une histoire autour d'un sujet. La communication narrative peut aider les chercheurs et les responsables du programme à mieux comprendre les émotions et les problèmes susceptibles d'être oubliés ou mal compris au cours d'autres conversations. En outre, elle permet de rassembler des histoires individuelles dans une histoire de groupe pour mener des conversations et des études supplémentaires ainsi que d'encourager les expériences partagées, de développer la compassion pour les uns et les autres, et de trouver un terrain d'entente. Elle peut aider les participants à réfléchir à une solution à un problème, à découvrir leur attitude envers un sujet spécifique, ou à découvrir comment ils réagissent à une situation donnée. En règle générale, les animateurs fourniront aux participants une situation, du matériel et des scènes afin de pouvoir construire une histoire. Cette méthode peut être utilisée pour évaluer les obstacles et les besoins dans la conception des activités bénéfiques aux adolescent.e.s, ainsi que pour le suivi et les mécanismes de responsabilité plus tard dans le projet.	Le Réseau régional pour l'équité en santé d'Afrique orientale et australe et ses partenaires ont mis en place un manuel de méthodologie pour informer, motiver et renforcer l'action de recherche participative. Le document d'orientation fournit des renseignements supplémentaires sur des exemples de communication narrative. CARE, Oxfam, Lutheran World Relief et Ibis ont soutenu un guide sur l'utilisation de la technique du changement le plus significatif.

Mécanismes de suivi et de responsabilisation		
Vérification de suivi pour le DMU	Le coordinateur SSR met en œuvre la vérification du DMU pour le suivi de la SSR afin de surveiller la prestation de services dans chaque contexte humanitaire dans le cadre du suivi et de l'évaluation du secteur / groupe entier. Dans certains cas, la vérification peut être faite sous forme de rapport verbal par les responsables de la SSR ou par le biais de visites d'observation. Au début de l'intervention humanitaire, le suivi est effectué chaque semaine et les rapports doivent être partagés et discutés avec l'ensemble du secteur / groupe de la santé. Une fois que les services sont entièrement établis, le suivi mensuel est suffisant. L'outil est utilisé pour discuter pendant les réunions avec les parties prenantes de la SSR, des disparités et des chevauchements dans la couverture des services, ainsi que les mécanismes de coordination dans le secteur / groupe de santé afin de trouver et de mettre en œuvre des solutions. Il est important que tous les partenaires du secteur de la santé comprennent comment utiliser et contribuer à cet outil de suivi.	Le IAWG fournit ce document de vérification du suivi dans le cadre du IAFM. C'est disponible en français et en anglais.
Entrevues de départ (aux points de service)	Les entretiens de sortie auprès des patients sont menés après qu'un adolescent a reçu des services. Ils permettent d'obtenir des informations du point de vue de l'adolescent sur les services reçus ce jour-là – un point de vue souvent très différent de celui du travailleur de la santé. Les directeurs SSR peuvent aussi faire intervenir des patients mystères ou des membres du personnel se faisant passer pour des patients adolescent.e.s afin de pouvoir observer comment le patient est traité. Ces évaluations peuvent être utilisées pour suivre ou évaluer les activités de programme. Les entrevues de départ ne sont pas seulement utilisées pour les services des établissements de santé, mais elles peuvent être utilisées dans d'autres secteurs pour assurer le respect de normes de haute qualité.	Les Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) fournit un exemple de formulaire d'entrevue de départ, ainsi que des ressources pour mener des entrevues avec les fournisseurs au sujet de la prestation des services. Les responsables SSR doivent adapter leur formulaire d'entrevue de départ à leur public, à leur programmation et au contexte. Le Consortium RHRC fournit également un exemple de formulaire de commentaire pour les clients. L'OMS a développé une plateforme Web pour le suivi et l'évaluation des normes de qualité nationales pour les services de santé destinés aux adolescent.e.s, qui comprend plusieurs outils d'entretien à la sortie.
Tableau de bord méthodologies	Il existe plusieurs méthodologies de tableau de bord pour les services de SSR et le plaidoyer de politique. Dans l'ensemble, ces méthodes permettent aux utilisateurs (il pourrait s'agir de discussions conjointes avec des adolescent.e.s et d'autres membres de la communauté / professionnels de la santé ou de discussions ciblées avec une population) de discuter d'un sujet précis; de cerner les obstacles, les besoins et d'autres informations; de comparer les points de vue d'un groupe à un autre; de s'entendre sur les indices d'évaluation (p. ex. la satisfaction à l'égard des services relatif à la SSR); et de proposer des solutions pour régler les problèmes identifiés. Ces méthodologies sont utiles à employer lors de la conception de votre programme pour identifier les besoins et les obstacles et les solutions conjointes, ainsi que pour suivre les résultats du projet.	La Fédération Internationale du planning familial (IPPF), CARE et plusieurs autres organisations fournissent des exemples de différentes méthodes de tableau de bord qu'elles ont utilisées avec des adolescent.e.s dans les situations d'urgence.

Diagnostics des centres de santé	Ces outils sont utilisés pour aider les gestionnaires de programme à évaluer de quelles manières leur établissement fournit des services aux bénéficiaires et à cerner les manques ou les points à améliorer. Il existe plusieurs types de diagnostic des établissements qui comprennent des normes de qualité pour la SSRA.	Dans les outils d'amélioration de la qualité des établissements, la boîte à outils fournit une checklist d'évaluation des établissements de santé adaptée, afin de suivre et d'évaluer dans quelle mesure et de quelle manière votre établissement répond aux besoins des adolescent.e.s en matière de SSR.
Processus outils de suivi	Les outils de suivi du processus se focalisent sur l'efficacité, le rendement et la rapidité de la mise en œuvre des activités de votre organisation. Ils couvrent toutes les mesures, tous les systèmes et tous les processus que votre organisation utilise afin de fournir des services aux adolescent.e.s (y compris les ressources humaines, les processus financiers, le suivi et l'évaluation, les aspects techniques, etc.). Les organisations peuvent utiliser des indicateurs qualitatifs ou quantitatifs pour suivre leurs processus. Pendant la conception du programme, votre organisation doit s'entendre sur les indicateurs de processus à utiliser tout au long du calendrier et décider à quelle fréquence vous les examinerez. L'examen régulier de ces indicateurs permet aux organisations de cerner les problèmes et les occasions d'y réagir rapidement.	Le Projet Sphere fournit des exemples d'indices employés dans le suivi du processus.
Enquêtes et évaluations		
Enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (KAP)	Une approche uniforme pour mener des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (KAP) d'une population spécifique (adolescent.e.s) sur un sujet particulier (par exemple les questions de SSR). Les enquêtes KAP sont un type d'enquête mené auprès des ménages. Les enquêtes auprès des ménages sont des questionnaires fournis à un échantillon de ménages appartenant à une population spécifique. Ces enquêtes ciblent les adolescent.e.s dans un domaine particulier; ce sont les principaux outils de collecte de données utilisés dans le Programme des enquêtes démographiques et de santé (DHS). Dans la plupart des enquêtes KAP, les données sont recueillies oralement par un intervieweur au moyen d'un questionnaire structuré et normalisé. Les études KAP peuvent être menées à n'importe quelle étape d'un projet. Cependant, il est conseillé de mener des études KAP pendant des crises prolongées et tout en faisant la transition vers une programmation complète pour concevoir, mieux mettre en œuvre et évaluer efficacement votre programmation. Si l'occasion se présente afin de mener des études KAP durant une phase critique, cette méthode est un excellent moyen de commencer à recueillir des données et à éclairer les décisions concernant le programme.	L'OMS a élaboré un questionnaire à utiliser pour interroger les adolescent.e.s sur leurs comportements en matière de SSR, que vous pouvez utiliser pour créer votre propre enquête KAP. De plus, la boîte à outils comprend plusieurs questions à poser aux adolescent.e.s au sujet de leurs attitudes, de leurs connaissances, de leurs croyances et de leurs comportements concernant la SSR dans l'Annexe P et l'Annexe Q. L'OMS a mené un sondage sur le KAP avec des individus âgés de plus de 15 ans pour évaluer leur KAP et examiner des variables socio-démographiques liées et associées. Leur étude inclut les questions et analyses du sondage du KAP. L'OMS fournit des exemples de vastes enquêtes menées auprès de ménages, ainsi que d'autres évaluations de collecte de données, sur leur page de ressources concernant les Statistiques sur la santé et les Systèmes d'information sur la santé.

Évaluation du processus	Les évaluations du processus ou les évaluations formatives examinent le processus de mise en œuvre d'un programme et sont menées pendant la mise en œuvre afin de montrer ce qui fonctionne bien, dans quelle mesure et où des améliorations peuvent être apportées. Ces évaluations examinent les types, les quantités, les bénéficiaires et les ressources utilisées pour offrir les services de votre programme, ainsi que les problèmes rencontrés et la façon dont votre organisation a surmonté ces obstacles. Ces évaluations peuvent être effectuées au milieu d'un projet (en cas de crise prolongée) pour remédier au problème ou à la fin d'un projet dans le cadre d'autres activités d'évaluation.	L'OMS fournit un manuel sur la réalisation de différentes évaluations, y compris des évaluations de processus ou formatives. L'IAFM contient également des outils d'évaluation de processus du DMU.
Évaluation / étude de l'impact du programme	Cette évaluation ou étude porte sur la nature et la fréquence des changements survenus (au niveau du programme ou de la population) pouvant être attribués au programme ou à l'intervention. Ces évaluations doivent être effectuées au début (pour recueillir des renseignements de base) et à la fin (pour recueillir des données finales) d'un programme ou lorsque vous devez en démontrer l'impact (pour justifier le maintien du financement).	Le projet d'évaluation MEASURE de USAID fournit un manuel que les programmateurs peuvent utiliser pour effectuer une évaluation de l'impact d'un programme. Le projet fournit également un manuel distinct, le Programme d'évaluation du planning familial avec des ajustements concernant la santé reproductive. Ce manuel présente comment réaliser une évaluation d'impact, ainsi que comment déterminer les indicateurs et les sources de données appropriés pour l'évaluation et comment concevoir un plan d'évaluation.
Évaluation des résultats du programme	Une évaluation des résultats de programme évalue l'efficacité de votre programme à influer sur les changements à long terme. Alors que les évaluations d'impact évaluent les effets immédiats d'un programme, les évaluations des résultats, elles, examinent les effets à long terme de l'intervention se rapportant à l'objectif global du projet. Ces évaluations doivent être effectuées au début (pour recueillir des renseignements de base) et à la fin (pour recueillir des données finales) d'un programme.	L'OMS fournit des conseils et des méthodes pour mener des évaluations des résultats d'un programme, y compris des essais témoins aléatoires, des schémas quasi-expérimentaux, des études avant-après et plusieurs autres méthodes. L'OMS a élaboré un manuel pour la mise en œuvre de pratiques d'évaluation, qui permet aux utilisateurs de passer de la planification à l'évaluation, de réaliser l'évaluation, de la production de rapports à la communication des résultats. En outre, l'OMS dispose de conseils spécifiques sur la manière de mener des évaluations ultérieures, après la réalisation de projets de SSRA.

Quelles sont les autres sources d'information sur la SSRA que nous devrions consulter ?

L'examen des données et des informations existantes (par exemple les données du ministère de la Santé) devrait toujours se faire dans le cadre de la conception des programmes, avant la collecte des données primaires. Si votre organisation soutient les établissements de santé, les registres des établissements de santé fournissent une quantité importante d'informations sur l'utilisation des services de SSR chez les adolescent.e.s. Ce sujet est traité plus en détail dans la section Mise en œuvre et suivi.

Les données secondaires peuvent aussi être très utiles dans le cadre des activités de collecte des Données pour l'action pour compléter les données primaires. Les données secondaires peuvent aider à contextualiser les données des programmes et fournir des points de comparaison supplémentaires pour déterminer si l'intervention atteint ou non l'objectif visé. Les données secondaires doivent être utilisées en sachant qu'elles ne sont pas forcément représentatives de la population touchée par le conflit ou le déplacement, en particulier s'il s'agit de données nationales.

MESSAGE CLÉ

Rappelez-vous que si vous pouvez trouver les informations dont vous avez besoin sur les adolescent.e.s à partir d'une autre source (évaluation des besoins, rapport de secteur, données secondaires), vous ne devriez pas mener l'évaluation auprès des adolescent.e.s (voir Choses À FAIRE et À NE PAS FAIRE plus haut).

Voici quelques sources de données sur la SSRA :

- Les enquêtes démographiques et de santé (DHS) : Le programme DHS a recueilli, analysé et diffusé des données précises et représentatives sur la population, la santé, le VIH et la nutrition grâce à plus de 400 enquêtes menées dans plus de 90 pays. L'USAID fournit un aperçu de la collecte de données sur la jeunesse dans les enquêtes DHS;
- Les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) : plus de 300 MICS ont été menées dans plus de 100 pays, lesquelles ont généré des données sur les indicateurs clés du bien-être des enfants et des femmes et ont contribué à l'élaboration de politiques visant à améliorer leur vie;
- Tableau de bord de la population mondiale : le Tableau de bord de la population mondiale présente des données sur la population mondiale, notamment le taux de fécondité, la parité entre les sexes au niveau de la scolarisation, des informations sur la santé sexuelle et reproductive, entre autres. Les chiffres proviennent de l'UNFPA et d'autres agences de l'ONU et sont mis à jour chaque année;
- Le Programme Santé des adolescent.e.s : le Programme Santé des adolescent.e.s est un portail mondial qui permet de partager et d'accéder à des données sur les adolescent.e.s vivant dans les pays à faibles et moyens revenus. Il héberge la plus grande collection de données sur les adolescent.e.s au monde et sert de ressource pour faciliter le partage des données, la transparence de la recherche et un environnement de recherche plus collaboratif visant à favoriser la poursuite des progrès en faveur des adolescent.e.s;

Comment pouvons-nous impliquer et faire participer les adolescent.e.s et la jeunesse à la réalisation des diagnostics ?

Au minimum, les adolescent.e.s devraient être consultés à propos de leurs besoins et de leurs activités préférées avant de commencer le programme ou les activités de SSR. Il faudrait aussi connaître leurs opinions sur le programme à mesure qu'il est mis en œuvre, ainsi que leur avis sur les résultats des données et leur signification dans le cadre de la réalisation future de projets similaires. Les programmateurs peuvent utiliser les évaluations décrites dans le Tableau 6 pour consulter les adolescent.e.s sur ces sujets dans le cadre du cycle du programme et du continuum humanitaire.

Au-delà de l'implication des adolescent.e.s en tant que participants à l'étude, les directeurs de la SSR peuvent aussi faire participer ces derniers à la conception, à l'assistance et à la direction des activités de l'initiative des données pour l'action, avec le niveau approprié de ressources et de supervision (voir Engager les adolescent.e.s / la jeunesse comme premiers intervenants dans la section sur Les services communautaires pour obtenir des informations supplémentaires). De jeunes bénévoles des Philippines présentent une étude de cas sur la façon dont les organisations humanitaires ont utilisé les jeunes comme premiers intervenants dans le cadre des activités de collecte des Données pour l'action lors des interventions contre le typhon Washi et le typhon Haiyan. Des conseils supplémentaires sur la manière d'impliquer les adolescent.e.s en tant que premiers intervenants dans les activités de données pour l'action durant la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes, ainsi que l'évaluation et la documentation sont abordés ci-après.

ÉTUDE DE CAS

Leadership des jeunes bénévoles dans les interventions face aux typhons Washi et Haiyan aux Philippines

Après le passage du typhon Washi aux Philippines, de jeunes bénévoles sont intervenus dès le début de l'action humanitaire. Cela a été possible grâce à la présence de groupes de jeunesse dans la région, y compris de jeunes bénévoles, qui ont immédiatement été galvanisés dans leur soutien à l'action humanitaire. C'étaient pour la plupart des adolescent.e.s assez âgés (17-19 ans) et des jeunes gens entre 18 et 24 ans. Au cours des premières journées de l'intervention, ces volontaires ont reçu une formation sur place pour collecter des informations à des fins d'évaluations rapides et pour saisir les informations dans une base de données. Dans les séries de formations qui ont suivi, des efforts ont été faits pour inclure davantage de jeunes vulnérables déplacés qui n'étaient pas des pairs éducateurs auparavant. Ils ont aussi reçu une formation sur la distribution des kits de dignité de l'UNFPA. Comme beaucoup d'entre eux étaient déjà formés à être pairs éducateurs en SSRA, ils ont été capables de mener des sessions de formations sur divers domaines dont : l'hygiène menstruelle pour les jeunes filles lors de la distribution de kits de dignité, la VBG et les moyens de la prévenir, et où accéder aux services de santé. Durant la distribution, ils sont aussi parvenus à identifier les adolescent.e.s vulnérables et à les orienter vers les cliniques mobiles ou les services de protection.

Le recours aux jeunes bénévoles lors de l'intervention menée contre le typhon Washi ayant été couronné de succès, une FDF sur la boîte à outils SSRA (version 2009) a été organisée à l'intention des responsables gouvernementaux nationaux et régionaux, ainsi que pour l'ONU et d'autres ONG clés (internationales et nationales), ce qui a permis de contribuer aux activités de préparation pour la prochaine situation d'urgence.

Pour la grande intervention suivante, lors du typhon Haiyan en 2013, la SSRA était automatiquement un point majeur au programme de chaque groupe de travail sur la santé reproductive. Certaines régions ont même sollicité la participation des adolescent.e.s aux réunions hebdomadaires des groupes de travail. Des réseaux de jeunes bénévoles formés antérieurement ont été réactivés et exploités. Des évaluations ont été menées par des jeunes, dont des adolescent.e.s. Des discussions des groupes de réflexion ont été menées lors des premières étapes de l'intervention, lesquelles ont permis d'éclairer l'élaboration de propositions, et une fois les fonds reçus, leur apport a permis de concevoir les programmes.



Photo : Neil Thomas

Conception de programmes

Les intervenants humanitaires devraient utiliser les outils d'évaluation décrits dans le Tableau 6 pour éclairer la conception de leurs programmes tout au long du cycle des programmes et du continuum humanitaire. Cette section s'appuie sur des données de terrain pour fournir des indications sur les étapes et considérations clés relatives à la conception et à la planification de la programmation SSRA, y compris la mise en place d'activités prioritaires en matière de SSRA en situations d'urgence (décrites au Chapitre 4). Les étapes présentées dans cette section ne sont pas exhaustives et leur mise en œuvre n'est pas obligatoire. Nous encourageons l'innovation et les méthodes créatives pour renforcer les soins en matière de SSRA dans les contextes humanitaires.

Quelles mesures devrions-nous prendre pour concevoir un programme de SSRA ou intégrer les activités de SSRA dans les programmes de santé existants ?

La boîte à outils recommande de consulter ou de suivre les étapes suivantes. Tout au long de ces étapes, les intervenants humanitaires devraient réfléchir à la manière dont ils pourraient faire participer les adolescent.e.s. En intégrant dès le départ les adolescent.e.s dans l'équipe d'évaluation et de conception, il est possible de mettre au point un programme global et inclusif qui soit participatif et qui réponde aux besoins de leurs pairs au sein de leur communauté. Les adolescent.e.s peuvent s'engager activement sur de nombreux fronts : concevoir et réaliser les évaluations, participer à la conception des projets en soutenant l'élaboration de buts, d'objectifs, d'indicateurs et d'activités précis. Pour obtenir des conseils détaillés sur les meilleures pratiques visant à impliquer les adolescent.e.s et la jeunesse à titre de premiers intervenants, veuillez consulter le chapitre 6 : Services et interventions SSRA dans les sections dédiées aux Services basés sur la communauté et les plateformes de proximité).

Étapes pour la conception de programmes :

1. Se familiariser avec tous les facteurs affectant la capacité des adolescent.e.s à accéder et à utiliser les informations et les services de SSR en utilisant le Modèle socio-écologique
2. Examiner ou collecter des informations sur les besoins des adolescent.e.s en matière de SSR par le biais d'évaluations, de cartographie et d'exercices d'analyse
3. Consulter les membres de la communauté, les partenaires existants et les parties prenantes de la SSRA lors de la conception des programmes
4. Développer ou utiliser des théories du changement pour étayer votre stratégie SSRA et la façon dont vous comptez atteindre vos objectifs
5. Élaborer des indicateurs conformes à votre ou vos théories du changement, à votre stratégie et à vos objectifs

Quel est le rapport entre le modèle socio-écologique et la conception d'un programme de SSRA ?

La conception du programme doit se faire conjointement avec le Modèle socio-écologique pour s'assurer qu'il réponde non seulement aux préoccupations immédiates (identifiées par l'évaluation initiale rapide et d'autres évaluations), mais aussi aux changements sociaux et comportementaux plus vastes requis pour atteindre le ou les résultats escomptés. En recourant au Modèle socio-écologique pour la conception et les activités des programmes de SSRA, les intervenants humanitaires peuvent mettre en œuvre des stratégies de changement social et comportemental (CSC) lors de l'introduction de soins de SSR complets. Les responsables de la SSR devraient planifier leur programme en fonction de ce qui est pertinent et approprié pour leur contexte. Il convient de rappeler que la planification des programmes est un processus itératif et non linéaire.

Quelles informations devons-nous consulter pour concevoir un programme de SSRA ?

Les responsables de la SSR doivent effectuer et / ou se référer à une évaluation des besoins et à une analyse de l'environnement déjà réalisées afin de guider la conception / planification du projet et les résultats souhaités. Les évaluations des besoins et les analyses de l'environnement nous aident à identifier les adolescent.e.s que nous devons atteindre et à comprendre quels sont leurs besoins et leurs priorités en fournissant des réponses essentielles que nous devons examiner lors de la conception d'un programme de SSRA ou l'intégration de la SSRA dans les programmes de santé existants. Les résultats de l'analyse de l'environnement nous permettent également de s'appuyer sur la programmation SSR existante, de déterminer les points d'entrée pour l'intégration intersectorielle et de commencer à planifier une programmation complète et durable dès le début de la phase de conception du projet (par exemple, comprendre les acteurs clés, identifier les parties prenantes existantes et comprendre et combler les lacunes).

Comme toujours, les responsables de la SSR devraient consulter les sources secondaires et les évaluations existantes réalisées par d'autres partenaires de la santé ainsi que les évaluations du secteur non sanitaire qui rassemblent des données sur les adolescent.e.s. Si la situation le permet, il est recommandé de mener des discussions de groupe, des entretiens individuels et d'autres actions participatives et exercices de cartographie, même si ces évaluations peuvent ne pas être réalisables directement après une urgence humanitaire aiguë. Reportez-vous au Tableau 6 afin de connaître les outils que vous pouvez utiliser pour vous adapter à votre contexte.

Déterminer, coordonner et établir des partenariats

Développer et favoriser les relations avec les partenaires, les membres de la communauté et les adolescent.e.s est essentiel pour le déploiement réussi de votre programme ou activité. La coordination avec tous les partenaires pendant la conception du programme jette les bases de toutes les phases du cycle du programme et du continuum humanitaire. Comme indiqué dans l'objectif 1 de la DMU, la coordination et les partenariats sont importants pour garantir qu'une initiative de réponse solide soit mise en œuvre de manière effective et efficace entre toutes les parties prenantes. En utilisant un modèle 3 / 4 / 5 / Ws template est un outil efficace pour cartographier les parties prenantes, les partenariats et les stratégies d'intervention. De plus, la coordination avec les parties prenantes avant la conception du programme éclairera la conception de votre programme en identifiant les interventions qui ont fonctionné et celles qui ont échoué. Reportez-vous au chapitre Constructions des liens multi-sectoriels afin d'obtenir des informations plus détaillées sur la coordination.

Comment pouvons-nous les attirer dans notre organisation ?

Une fois que vous avez établi quels sont les besoins (par le biais de consultations / évaluations avec les adolescent.e.s), les intervenants humanitaires peuvent alors commencer à définir leurs objectifs et les moyens de les atteindre. Les intervenants humanitaires peuvent lier leurs stratégies, approches et activités aux objectifs visés en les ancrant dans une théorie du changement, au début de la phase de conception du programme. Les théories du changement décrivent comment une organisation envisage de créer le changement qu'elle recherche, en montrant les liens de causalité entre ce que vous faites et ce que vous essayez d'accomplir. Cette théorie consister en :

1. une description de la population cible
2. effets escomptés
3. activités codifiées dans le cadre du programme
4. indicateurs
5. outils de mesure
6. utilisations des données

Les théories du changement aident à fournir une base pour comprendre pourquoi votre organisation ou programme existe, à quoi ressemble le succès, comment votre organisation ajoute de la valeur à sa communauté (et en particulier pour les adolescent.e.s) et comment votre organisation utilise les données collectées pour atteindre ses objectifs. La théorie du changement articule les liens entre la stratégie et les résultats escomptés qui soutiennent la mission d'une organisation. Votre théorie du changement doit se rapporter aux facteurs socio-écologiques que vous avez identifiés lors de la première étape de la conception du programme pour vous assurer que votre programme aborde autant de niveaux d'influence affectant l'accès et l'utilisation des services de la SSRA.

Il existe de nombreuses théories du changement à utiliser pour la programmation et les activités de l'SSRA. L'Université de John Hopkins fournit un ensemble de mise en œuvre pour réfléchir à la manière de développer un programme SSRA sous-tendu par une théorie du changement (et comment savoir quelle théorie du changement utiliser!).

Tout est interconnecté! Quelle que soit la théorie du changement utilisée par votre organisation, le directeur de la SSR doit s'assurer que ses outils de planification sont liés à cette théorie du changement. Les intervenants humanitaires peuvent utiliser différents outils de planification pour établir un lien avec leur théorie du changement. Celui mis en évidence dans la boîte à outils est appelé « cadre logique » (voir la Figure Q). La boîte à outils comprend également des questions d'orientation à prendre en compte lors de l'élaboration de votre théorie du changement et de la réalisation de votre cadre logique ou d'un autre outil de planification.

Pour obtenir des ressources supplémentaires sur les cadres logiques, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime explique comment élaborer un cadre logique dans leur Boîte à outils pour lutter contre le trafic humain. De plus, le renforcement des compétences humanitaires montre aux intervenants humanitaires comment construire un cadre logique grâce à leur vidéo sur YouTube.



Photo : Hannah Maule-ffinch

Figure Q : Cadre logique pour SSRA

L'image ci-dessous est un exemple illustré créé à partir de plusieurs exemples d'interventions. L'illustration concernant l'intervention VIH d'Imagineria en contexte humanitaire montre comment leur théorie du changement, leurs méthodes stratégiques de recherche ainsi que leurs évaluations contribuent au cadre logique de leur projet. Ils ont élaboré leur propre théorie du changement, appelée « Soins SSR imbriqués dans la communauté (Community Embedded SRH Care) », mettant à contribution l'action-recherche (en menant une évaluation des données initiales et finales afin de mesurer les progrès par rapport aux objectifs), la cartographie des interventions (en effectuant des analyses d'environnement et des parties prenantes) et la recherche participative communautaire (utilisant des méthodologies de pointage afin de pouvoir comprendre les besoins et préférences des adolescent.e.s). Ces stratégies, ainsi que d'autres données mis à disposition grâce aux évaluations des besoins et analyses de situations etc., pourront être à même d'aider l'organisation à atteindre les objectifs qu'ils se sont donnés, c'est-à-dire de réduire le taux de nouvelles infections VIH parmi les adolescent.e.s d'Imagineria. Cet exemple ne donne que quelques activités et indicateurs possibles, mais il donne une idée assez précise de la manière dont les responsables SSR ainsi que les équipes d'évaluations peuvent mettre en place un cadre logique.

CADRE MÉTHODO-LOGIQUE

- Action de recherche
- Cartographie des interventions
- Recherche participative communautaire (fiche d'évaluation)

Théorie du changement directrice : Soins SSR intégrés à la communauté

CADRE LOGIQUE

ENTRÉES (Ressources)

- Personnel de l'organisation (ressources humaines)
- Matériaux et provisions
- Équipement, technologie et bureaux
- Niveau du financement prévu pour le personnel, les équipements et les activités du bureau

RÉSULTATS

Acteurs	Activités	Produits directs
• Adolescent.e.s dans la zone affectée • Groupe ciblé de partenaires sexuels masculins • Membres de la communauté dans la zone affectée • Les parties prenantes de l'éducation • Prestataires de service • Personnel de l'organisation • Ministère de la Santé, les autorités locales et les parties prenantes • Gouvernementales concernées partenaires humanitaires, donateurs et autres parties prenantes de la SSRA	Fournir des services de santé adaptés aux adolescent.e.s (activités de promotion du préservatif; matériel IEC adapté et campagnes médiatiques; dépistage, test, consultation, traitement, et services d'orientation, y compris la prophylaxie pré-exposition; soins post-violence; et élargissement de l'accès à diverses méthodes contraceptives)	Membres du personnel entraînés et qualifiés pour dispenser des services adaptés aux adolescent.e.s Messages sur le VIH adaptés aux adolescent.e.s Peintures murales et œuvres d'art créées dans le cadre des campagnes médiatiques auprès des adolescent.e.s
	Mise en œuvre de protections sociales pour les adolescent.e.s et leurs familles (subventions à l'éducation, soutien socio-économique, liaison des adolescent.e.s et des familles aux programmes de réduction de la violence)	Renforcement des relations avec les organismes et les programmes de protection sociale
	Cibler les partenaires sexuels masculins avec des activités de prévention au VIH [examen des informations démographiques & évaluations afin de cibler des hommes qui correspondent aux profils de partenaire du réseau sexuel avec distribution de préservatifs et de services de traitement antirétroviral (ART)]	Liste cible des hommes à haut risque pour la mise en œuvre de futures interventions SSR

RÉSULTATS

EFFET À court terme	RÉSULTATS Moyen à long terme
Amélioration des prestations de services adaptés aux adolescent.e.s entre adolescent.e.s Indicateur : # réception des préservatifs # réception des services de dépistage du VIH, d'analyse, de traitement et d'orientation	Réduction des grossesses avec un statut de VIH chez les adolescentes âgées de 10 à 19 ans Indicateur : # des grossesses chez les adolescentes séropositives
	Augmentation de la proportion des adolescent.e.s utilisant des préservatifs durant les rapports sexuels Indicateur : # des adolescent.e.s déclarant avoir utilisé des préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel (comparaison des résultats des évaluations initiales et finales)
Amélioration des ressources pour les adolescent.e.s et leurs familles Indicateur : # des adolescent.e.s et / ou des ménages adolescent.e.s bénéficiant de subventions pour l'éducation	Augmentation de l'accès à l'argent pour les adolescent.e.s et leurs familles en cas d'urgence Indicateur : # d'adolescent.e.s avec la capacité de payer pour les besoins immédiats (comparaison des résultats des évaluations initiales et finales)
	Augmentation du niveau d'instruction des filles Indicateur : % des adolescentes qui terminent leurs études secondaires
Amélioration des ressources pour une amélioration de la participation des partenaires sexuels masculins aux services de VIH Indicateur : # d'hommes (de la liste cible) en ART # d'hommes (de la liste cible) qui ont prévu des préservatifs	Augmentation des attitudes positives à l'égard de l'équité entre les sexes Indicateur : # d'hommes avec le profil du réseau sexuel avec des attitudes et des convictions élevées d'équité entre les sexes (comparaison des résultats des évaluations initiales et finales)

Évaluations des besoins, analyses et cartographie pour orienter les besoins de la SSR, les barrières, les ressources et les facteurs déterminants des adolescent.e.s au sein du programme et d'autres interventions mises en œuvre

OBJECTIF :
Réduire les nouvelles infections au VIH chez les adolescent.e.s d'Imagineria

Questions directrices pour l'élaboration d'une théorie du changement

1 **Identifier les objectifs à long terme.**

- L'équipe de conception devrait réfléchir à « quels comportements doivent changer ou se concrétiser pour renforcer ou élargir la prestation de soins de la SSRA ? »

2 **Cartographie à rebours et connexion des conditions préalables ou exigences nécessaires pour atteindre cet objectif et explication des raisons pour lesquelles ces conditions préalables sont nécessaires et suffisantes.**

- L'équipe de conception doit réfléchir aux facteurs qui affectent l'accès et l'utilisation par les adolescent.e.s des informations et des services de SSR aux niveaux individuel, interpersonnel, communautaire et structurel.

3 **Identifier vos hypothèses de base sur le contexte.**

- L'équipe de conception doit reconnaître les hypothèses qu'elle émet sur les adolescent.e.s et leur environnement, y compris leurs propres préjugés, attitudes et croyances à l'égard de la SSRA.

4 **Identifier les interventions que votre initiative effectuera pour créer le changement souhaité.**

- L'équipe de conception doit consulter d'autres organisations / partenaires dans la région pour comprendre ce qui a été fait dans le passé, ainsi que d'autres preuves ou littérature sur l'efficacité des activités / programmes proposés sur les résultats de SSR des adolescent.e.s.

5 **Développer les indicateurs de mesure qui seront utilisés pour évaluer l'efficacité de cette initiative.**

- L'équipe de conception doit utiliser des indicateurs existants, standard et testés lorsque cela est possible et pertinent.

6 **Rédaction d'un récit pour expliquer la logique de votre initiative.**

- L'équipe de conception doit être en mesure d'expliquer aux membres de l'équipe et aux membres de la communauté (y compris les adolescent.e.s), ainsi qu'aux donateurs, partenaires et autres parties prenantes de la SSRA, comment leur programme entend atteindre les résultats souhaités.

Quels sont les indicateurs de la SSRA et comment les développer pour les programmes de SSRA ?

Les indicateurs mesurent la mise en œuvre et l'efficacité du projet. En collectant des données sur chaque résultat, les organisations peuvent identifier ce qui se passe ou ne se passe pas et découvrir pourquoi. Pour les initiatives SSRA, assurez-vous que vos indicateurs sont désagrégés par âge et par sexe (voir plus loin dans Mise en œuvre et suivi). Tous les indicateurs doivent avoir des définitions claires, tout le personnel comprenant ce que ces définitions signifient (par exemple, comment les connaissances de base en SSR sont-elles définies ?). Les organisations devraient uniquement collecter des données sur les domaines de SSR dans lesquels elles fournissent des services aux adolescent.e.s afin de maximiser l'efficacité et d'être en mesure d'utiliser les données.

Les organisations chargées de la mise en œuvre doivent créer des indicateurs conformes aux objectifs de leur programme et compétence à mesurer le progrès et les résultats. Des informations supplémentaires sur les indicateurs de la SSRA peuvent être trouvées dans les ressources suivantes : base de données d'évaluation MEASURE, Indicateurs de santé et des droits de santé sexuelle et reproductive pour les ODD, Voies communautaires vers une Amélioration de la SSRA : un cadre conceptuel et des indicateurs de résultats suggérés de l'UNFPA, et Concevoir des programmes pour les adolescentes de EMpower. L'OMS élabore également des lignes directrices sur les indicateurs normalisés de SSR, ainsi que sur la manière de collecter ces données, qui seront publiées à la fin de 2020.

Les indicateurs décrits ci-dessous vous donnent quelques suggestions pour commencer :

- Nombre de patients adolescent.e.s recherchant des services dans un établissement de santé (ventilé par type de service de SSR, âge, sexe et autres sous-groupes);
- Proportion d'adolescent.e.s qui utilisent une méthode de contraception moderne;
- Proportion d'adolescent.e.s ayant une connaissance adéquate de la puberté et de la fertilité;
- La mesure dans laquelle les adolescent.e.s déclarent qu'ils se sentent engagés de manière significative dans le cycle du programme (peut être un indicateur qualitatif à des fins d'amélioration du programme);
- Taux de natalité chez les adolescentes (parmi les adolescentes âgées de 10 à 14 ans, 15 à 17 et 18 à 19 ans);
- Proportion de naissances chez les adolescentes de moins de 20 ans non désirées;
- Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant des connaissances détaillées sur la SSR et les droits;
- Nombre d'agents de santé qui sont techniquement compétents pour fournir des services SSRA de qualité (selon les meilleures pratiques) dans des établissements de santé ciblés;
- Nombre d'établissements de santé ciblés adaptés aux adolescent.e.s conformément aux meilleures pratiques;
- Nombre d'activités de sensibilisation menées à bien, ciblant spécifiquement les adolescent.e.s;

Mise en œuvre et suivi

Maintenant que vous avez conçu votre projet et reçu l'adhésion de la communauté, les activités du projet peuvent commencer ! Cependant, avant le début de la mise en œuvre, assurez-vous d'avoir mis en place un système d'information simple pour collecter les données SSR nécessaires au suivi de la mise en œuvre du DMU, ainsi que tout autre indicateur supplémentaire requis par les donateurs. Reportez-vous au Tableau 6 pour l'outil utilisé par l'IAWG pour le suivi de la mise en œuvre du DMU. Au fur et à mesure que l'urgence humanitaire change et que les organisations commencent à mettre en œuvre des services complets de SSR, vos exigences de surveillance et indicateurs de suivi doivent être ajustés en conséquence.

Qu'est-ce que le suivi ?

Le suivi consiste en « la collecte et l'analyse systématiques et continues des données au fur et à mesure que le projet avance. Il vise à mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des étapes et des objectifs du programme. » Les évaluations ne sont pas des événements ponctuels au début ou à la fin d'un projet; elles doivent être utilisées tout au long du projet. La collecte, la documentation et l'examen réguliers des données de SSR sont essentiels pour comprendre la performance et la qualité des services que votre programme fournit aux adolescent.e.s. Le suivi permet à votre programme d'identifier les changements dans les conditions des adolescent.e.s et d'effectuer des ajustements en temps opportun.

Ne pas recréer de systèmes ou de processus

Il est recommandé de travailler dans le système de santé existant du pays / contexte, lorsque cela est possible et approprié. Les systèmes de notification et d'orientation doivent s'aligner sur le système existant, mais peuvent ne pas toujours être possibles dans toutes les situations d'urgence; ainsi, un plaidoyer supplémentaire peut être nécessaire pour garantir l'inclusion des populations affectées.

Il y a beaucoup de travail et très peu de temps. Pourquoi devrions-nous donner la priorité aux contrôles et aux révisions des données ?

Les organisations et le personnel ne donnent pas la priorité au suivi, à la révision et à l'utilisation des données qu'ils ont collectées pour de nombreuses raisons. Ci-dessous, nous avons inclus certains des obstacles et / ou écueils courants concernant le processus de collecte de données, avec des informations sur la manière dont des données pour l'action aident à les surmonter.

Obstacles et pièges courants à la collecte de données et comment les surmonter

Collecter des données pour collecter des données *Souvent, la collecte de données est considérée comme une activité obligatoire et se fait pour cocher une case. Le personnel peut ne pas recevoir de commentaires sur les données qu'ils ont collectées, ce qui réduit leur engagement ou leur compréhension, raisons pour lesquelles les données sont collectées en premier lieu. Cela peut entraîner une surcharge du personnel et des participants avec des activités de collecte de données.*	La planification de la manière dont les données seront utilisées avant leur collecte permet de garantir que nous ne collectons que les informations que nous utiliserons pour améliorer les programmes.
Capacité limitée du personnel pour la collecte et l'analyse des données *Le personnel n'a pas le sentiment de disposer des compétences nécessaires pour surveiller et examiner les données ou que ce travail est uniquement destiné à la personne dédiée au suivi et à l'évaluation (M&E). Ils peuvent également être incertains ou incapables de trouver des réponses pratiques et réalistes pour utiliser les données pour proposer des étapes exploitables.*	Plus les données et informations sont utilisées pour l'action, plus elles ont de valeur pour votre organisation. Montrer comment les services et les programmes sont informés par les données permet de plaider en faveur du renforcement des compétences du personnel local afin de mieux collecter et utiliser les données de manière significative. L'examen des données doit également être présenté comme une opportunité créative dans un environnement sûr, où le personnel peut proposer différentes idées sans crainte de rejet ou de jugement. Le suivi et l'évaluation (M&E) est la responsabilité de toute l'équipe - pas seulement la responsabilité de personnel spécifiquement dédié. Tout le monde devrait s'engager à décider des meilleurs indicateurs et à réviser régulièrement les données. L'initiative RAISE a développé plusieurs modules d'apprentissage sur l'utilisation des données pour le personnel afin de comprendre comment utiliser les données pour augmenter la qualité et l'impact de leur programme de SSR.
Faible rassemblement de données et piètre qualité des données *Le rassemblement des données est souvent effectuée avec des outils ou des méthodes sous-développés ou non aménagée, ce qui entraîne des données de qualité inférieure ou, pire, inexactes. Cela peut être dû aux deux écueils mentionnés ci-dessus (la collecte de données dans le but de collecter des données et la capacité limitée du personnel) et à ne pas rendre compte de la manière dont les données seront utilisées.*	Il est essentiel de réfléchir à la manière dont les données et les informations seront utilisées pour la programmation et le plaidoyer tout au long de la réalisation graphique des outils, de la sélection des méthodes et de la collecte de données. Les chefs d'atelier doivent fournir un soutien approprié au personnel, en révisant les données à la recherche d'inexactitudes / incomplètes, en fournissant des commentaires constructifs sur la manière de collecter et de rapporter correctement les informations, et en reconnaissant / récompensant le personnel qui fournit des données précises et opportunes. Ce mentorat consolide aussi pour le personnel le fait que quelqu'un prête attention aux données et au travail qu'il effectue, ce qui augmente sa motivation et son processus d'établissement des priorités.
Exagérer les succès et cacher les ruptures *Lors de l'évaluation d'une intervention, nous espérons bien entendu qu'elle a été un succès. Il peut être décevant de voir qu'il n'y a pas eu de changement à la suite de notre échanges intracommunautaires à fin spécifique, ou, pire, que notre intervention a abouti à des résultats négatifs imprévus.*	Apprendre des échecs est tout aussi important que tirer des leçons des réussites; documenter ce qui ne fonctionne pas et comprendre pourquoi cela n'a pas fonctionné peut éclairer de manière significative les échanges intracommunautaires à fin spécifique futures afin de mieux répondre aux besoins de SSR des adolescent.e.s. Ce degré d'ouverture crée également un meilleur milieu de travail et d'apprentissage, où le personnel se sent à l'aise pour proposer des idées sur la façon de régler la programmation ou d'éliminer les obstacles à l'accomplissement.

Tout au long du cycle du projet, il est critique de saisir et d'analyser des données pour pouvoir adapter les conclusions du mémoire en réponse aux besoins des adolescent.e.s. Il est donc important d'attribuer des ressources adéquates au suivi et à l'évaluation, et de former le personnel sur l'importance de la collecte de données et comment en faire. Traduire les données en action peut signifier, par exemple, affiner les approches et changer la direction du programme, ou cela peut signifier prendre les informations et les transformer en messages de représentation pour soutenir de nouveaux investissements dans la SSRA.

Pour plus de ressources sur la façon de former d'autres personnes au données pour l'action, consultez la SSRA du IAWG dans les matériels FDF dans les urgences pour les responsables SSR (vous y trouverez une section entière dédiée aux données pour l'action). En outre, la boîte à outils d'évaluation de la santé reproductive des femmes touchées par un conflit et les Recherches et les évaluations de la Violence basée sur le genre auprès des réfugiés et des victimes de conflits sont de bonnes ressources et offrent des conseils sur la manière de collecter, analyser et utiliser les données.

Que dois-je pister avec la programmation SSRA ?

L'établissement d'objectifs et d'indicateurs permettant de suivre l'impact et les résultats du programme pour les adolescent.e.s est essentiel pour une mise en œuvre efficace du programme et pour être en mesure de suivre, d'évaluer et de s'adapter à mesure que le programme progresse. Les cibles doivent fournir une définition claire de ce que le programme tente d'atteindre, et les indicateurs doivent nous dire exactement comment nous mesurerons les résultats. Les indicateurs serviront de guide lors de la mise en œuvre et du suivi des activités, car ils renseignent sur les données et informations à collecter. Réfléchir à la manière dont les objectifs chiffrés seront mesurées est un élément clé du processus de suivi. Reportez-vous aux questions directrices et conseils sur la théorie du changement, portant sur la manière de développer des indicateurs pour la conception, le suivi et l'évaluation de programmes.

Des données désagrégées (par âge et par sexe) sont une condition pour un rapport efficace sur les lacunes et les résultats des adolescent.e.s par rapport aux objectifs, et elles sont le fondement d'une programmation plus ciblée et intentionnelle avec et pour les adolescent.e.s. Au minimum, les données devraient être ventilées selon l'âge et le genre. Ces données sont assimilable dans les registres des établissements de santé, mais ne sont souvent pas signalées pour tirer à part les adolescent.e.s des autres enfants. En ventilant les données en groupes plus petits, vous pouvez mieux vérifier et discuter des modèles, des barrières de potentiel ou des opportunités, et proposer une approche plus adaptée à cette population. Les groupes d'âge peuvent être ajustés en fonction du contexte local, mais voici des exemples de différents regroupements d'adolescent.e.s en fonction de l'âge et du genre :

- Jeunes adolescentes (10 à 14 ans);
- Adolescentes plus âgées (15 à 19 ans);
- Jeunes adolescent.e.s (10-14 ans);
- Adolescent.e.s plus âgées (15 à 19 ans);

Au-delà des données désagrégées par âge et par genre, Prenez en compte de consulter séparément d'autres groupes ayant des besoins spécifiques, y compris mais sans s'y limiter :

- Adolescentes mariées;
- Adolescentes enceintes;
- Mères adolescentes (et pères adolescent.e.s, éventuellement);
- Adolescent.e.s associés ou anciennement associés aux forces combattantes;
- Adolescent.e.s non accompagnés et séparés en famille ou placés en famille d'accueil;
- Adolescent.e.s handicapés.

Comment pouvez-vous confectionner les activités de suivi à la programmation SSRA ?

Le chapitre 5 de l'IAFM fournit des orientations globales sur le suivi et l'évaluation des programmes de SSR dans les interventions humanitaires. Les conseils de l'IAFM s'appliquent à l'ensemble du programme d'urgence de SSR, c'est pourquoi nous avons veillé à prendre en compte la possibilité d'adapter les outils de suivi et les mécanismes de responsabilisation des adolescent.e.s. Les consignes à ce propos comprennent également des suggestions pour impliquer / intéresser les adolescent.e.s dans les activités de suivi et de responsabilisation de votre projet.

Adapter les outils de suivi

La première réflexion concerne le type de données collectées pour le suivi. Le suivi permet de s'assurer que le programme est bien mis en œuvre, ainsi que d'ajuster les services et activités en temps réel. Le tableau 7 décrit la méthode de collecte et d'utilisation des données relatives au suivi, et réflexion concernant l'adaptation des outils de suivi au public adolescent, y compris concernant la participation active des adolescent.e.s aux activités de suivi.

Tableau 7 : Adapter les activités de suivi de la SSR aux adolescent.e.s

Source des données de suivi	Utilisation	Adaptations pour un usage auprès d'un public adolescent
Dossiers médicaux et cartogrammes	Destinés au suivi du recours aux services de SSR	• Assurent la ventilation des données par âge et par genre dans les rapports ordinaires • Recueillent des informations supplémentaires sur l'arrêt ou la combinaison des programmes
Dossiers des patients ou participants	Permettent de noter les caractéristiques socio-démographiques des patients ou participants, afin de s'assurer que le service ou programme touche bien des adolescent.e.s	Les dossiers peuvent recueillir les informations pertinentes pour les besoins du programme • Assurent la ventilation des données par âge et par genre dans les rapports ordinaires • En dehors de l'âge et du genre, il peut être souhaitable d'inclure le niveau d'éducation, la composition du foyer et / ou un éventuel handicap dans les dossiers
Listes de présence	Permettent de contrôler l'assiduité afin de vérifier que les participants enregistrés participent bien au programme	• Les listes de présence doivent être liées aux dossiers, afin d'identifier toute tendance au décrochage et à la rétention
Rapports d'activité	Permettent de garder une trace des services fournis, du contenu diffusé auprès des participants et de la fréquence des activités	• Ces rapports doivent être alimentés par les adolescent.e.s et inclure une évaluation de la satisfaction quant au programme
Listes de contrôle et outils d'observation	Permettent d'évaluer la capacité du personnel du programme à fournir des services ou une programmation de qualité	• Les listes de contrôle et les outils d'observation doivent être en accord avec les conseils dans les services adaptés aux adolescent.e.s • Les critères se doivent de refléter la définition que se font les adolescent.e.s de la qualité

Garantie / Mise en œuvre de mécanismes de responsabilisation

Garantir l'existence de processus internes et externes de responsabilisation au cours de la collecte de données et des activités de mise en œuvre du programme. Chaque participant (peu importe son âge ou son genre) doit pouvoir faire remonter son avis concernant le déroulement aux responsables du programme, y compris concernant l'attitude et le comportement du personnel, et doit être assuré que ces retours seront suivis des actions nécessaires. Les retours des adolescent.e.s sur leur expérience sont particulièrement importants pour évaluer la coordination des différents secteurs et leur travail d'orientation. Les adolescent.e.s doivent au moins pouvoir partager leur opinion sur le programme et son déroulement actuel avec les organisateurs, qui peuvent faire preuve de souplesse, grâce à un travail de coordination interne, afin d'apporter au programme les corrections nécessaires pour répondre aux besoins des adolescent.e.s. Voir Outils de responsabilisation dans le Tableau 6 (entretiens de sortie et méthodes de pointage).

Comment traduire ces données en actions ?

Le nombre de données et de ressources disponibles dans la partie dédiée au diagnostic peut impressionner dans un premier temps. Cependant, traduire les données primaires et secondaires en actions et en changement positif n'est pas nécessairement difficile. La boîte à outils explique comment utiliser des méthodes d'analyse rigoureuses, mais votre programme n'est pas obligé de toutes les adopter pour suivre, analyser et utiliser les données efficacement. Le suivi de l'avancement des activités du programme n'est pas nécessairement une tâche complexe. Vous pouvez créer des modèles de données dans Microsoft Excel pour saisir vos données et les analyser aux fins de vos rapports internes et externes. Bien souvent, le sous-groupe de la SSR, les autres partenaires et les donateurs disposent de modèles de rapports spécifiques pour utiliser et documenter votre travail de programmation. DHIS2 est un logiciel libre utilisé par de nombreux ministères de la Santé dans le monde entier en guise d'outil de suivi en temps réel des indicateurs de performance. Nous avons identifié quelques mesures simples visant à traduire les données en actions :

1. Examiner les données de points de référence issues des sources de données primaires (registres des établissements de santé, par ex.) et secondaires (enquêtes DHS, par ex.).
2. Examiner les indicateurs (dans les logs ou rapports de suivi mensuels / trimestriels) régulièrement (une fois par mois ou par trimestre) et les comparer aux données de référence pour identifier les écarts et les variations au fil du temps.
3. Pour les écarts identifiés, lancer un brainstorming visant à corriger le tir au sein de votre organisation et si nécessaire, avec d'autres partenaires de santé. Pour les tendances positives, étudier comment renforcer les activités du programme (et potentiellement en élargir le champ d'application / la portée).
4. Mettre en œuvre les actions proposées (en coordination avec d'autres partenaires de santé, des adolescent.e.s et des membres de la communauté).
5. Communiquer les données au sous-groupe de la SSR, aux canaux de leadership organisationnel et aux donateurs.
6. Poursuivre la saisie de données et le suivi des activités.
7. Recommencer.

Scénario illustrant les données pour l'action

Pour illustrer plus précisément comment utiliser les données pour l'action, la boîte à outils met à la disposition des lecteurs un exercice d'examen des données, de brainstorming et de discussion. Il consiste en un programme humanitaire fictif de SSR conçu pour aider les lecteurs à se familiariser avec l'examen et l'analyse de données puis à proposer des solutions en vue d'ajuster la programmation.

Projet de SSR d'Imagineria : Ce projet d'une durée de deux ans était axé sur l'amélioration de la SSR de tous les adolescent.e.s du camp et de la communauté d'accueil d'Imagineria, pour garantir des services de SSR gratuits à tous les adolescent.e.s. Cela comprenait des activités de sensibilisation dans le camp et un soutien aux cinq établissements de santé. Des activités éducatives ont été menées avec des adolescent.e.s dans des centres de jeunesse et des activités de plaidoyer ont été organisées à la fois pour les leaders communautaires des zones cibles et pour les dirigeants au niveau national. Voici les données disponibles au terme de la première année du programme (réalisations en matière de SSR d'Imagineria). La fiche de pointage présente les données des trois derniers mois (Aperçu des données de SSR d'Imagineria).

Éléments à rechercher : En qualité de responsable de programme de SSR d'Imagineria, vous êtes tenu d'examiner les informations communiquées par vos agents de terrain. Vous devez rédiger un rapport trimestriel à l'attention de votre donateur. Compte tenu de ces informations, quelles questions poseriez-vous à vos agents de terrain pour résoudre certains des écarts et des problèmes de qualité que vous avez identifiés ? En voyant plus loin que le rapport trimestriel, quelles solutions ou nouvelles étapes suggéreriez-vous pour améliorer les résultats et / ou les messages de plaidoyer ainsi que pour mobiliser les soutiens politiques et financiers nécessaires à l'avenir du projet ?

Aperçu des données de SSR d'Imagineria (issues des trois derniers mois de la programmation)

	Filles (10-14 ans)	Filles (15-19 ans)	Garçons (10-14 ans)	Garçons (15-19 ans)
Total des visites à la clinique	220	670	20	70
Conseils reçus sur les contraceptifs	1	450	0	45
Tests de dépis-tage des IST reçus	0	300		0
Score moyen dans les sondages finaux (à l'aide de la fiche de pointage)				

Réalisations en terme de SSR d'Imagineria (au terme d'un an de programmation)

- Les grossesses chez les filles scolarisées ont diminué de 40 % dans les communautés ciblées;
- 70 % des adolescentes ont choisi un moyen de contraception réversible et de longue durée, 15 % ont choisi une pilule contraceptive orale;
- 3 responsables d'établissements de santé ont été formés à la SSRA;
- 5 établissements de santé ont été équipés de matériel;
- Les IST ont augmenté de 7%;

Voici quelques exemples de questions et d'actions proposées en réponse au points évoqués ci-dessus :

- Une case ne doit jamais être vide - la question se pose si les données sont de zéro ou si quelqu'un a oublié de la remplir - que s'est-il passé dans le registre ?
- Pourquoi est-ce que seulement une jeune fille de 10-14 ans a été conseillée sur les méthodes de contraception ?
- Pourquoi y a-t-il si peu de garçons qui viennent à la clinique par rapport aux filles, et pourquoi n'ont-ils pas passé un test de dépistage des IST ?
- Les garçons semblent plus satisfaits des services reçus. Quels genres d'expériences vivent-ils par rapport aux filles, pour lesquelles des visages tristes ou neutres ont été signalés ?
- Les IST ont augmenté mais les grossesses ont diminué - en quoi cela nous informe sur les moyens de contraception reçus ?
- Seulement trois sur cinq des établissements soutenus par le programme ont bénéficié d'un renforcement de la capacité du personnel, et uniquement au niveau de la direction de l'établissement. Pourquoi a-t-on formé si peu de personnel ?

Les questions et réflexions ci-dessus donnent une idée de comment les responsables de SSR (et autres agents) peuvent utiliser les données pour améliorer la qualité des services. Cet exercice montre principalement que l'examen et l'analyse des données n'exigent pas de logiciel sophistiqué ni de personnel hautement spécialisé. Ce qui est nécessaire, en revanche, c'est le temps à consacrer par le personnel, l'assistance de superviseurs et une certaine flexibilité dans l'ajustement de la programmation.

Évaluation et documentation

À mesure que vous concevez votre programme, la théorie du changement encouragera le développement d'un protocole d'évaluation, le rapport narratif et la documentation de votre intervention en vue de sa publication, afin qu'elle soit diffusée à des fins de pratique commune. Les ressources et outils présentés dans le Tableau 6 seront utiles aux tâches de conception, de planification et d'exécution d'une évaluation. À la fin de ce chapitre, vous serez en mesure d'identifier des champs de réflexion et de recherche potentiels, ainsi que des outils de programmation.

Qu'est-ce que l'évaluation ?

L'évaluation est un « processus par lequel on détermine si un programme a atteint ses objectifs et / ou dans quelle mesure la variation des résultats peut être attribuée au programme. » L'évaluation doit faire partie intégrante de la conception du projet, ou en tout cas être déterminée avant de commencer le programme. Intégrer le modèle de théorie du changement initial et le cadre logique dans l'établissement du protocole d'évaluation permet aux chargés de programme SSR de s'assurer que leur programme SSR atteint les objectifs fixés et de déterminer si l'intervention a entraîné des changements parmi les participants ou dans la communauté. L'évaluation compare les activités et services compris dans le programme (extrants), les bénéfices (résultats) et les incidences sur la santé publique (objectifs).

Pourquoi faut-il documenter la SSRA ?

Les publications en science de la mise en œuvre sur la SSRA sont à ce jour encore rares. Cela laisse aux intervenants humanitaires un très grand champ d'action pour innover dans la documentation des initiatives humanitaires en SSRA. Une bibliothèque en accès libre de programmes fondés sur les faits permettrait à tous les acteurs de savoir ce qui est efficace ou non, là où se trouvent les lacunes, et ce qui reste à faire. La section en fin de chapitre — Combler les lacunes entre la mise en œuvre et la recherche pour les praticiens — contient une liste de zones techniques à destination des praticiens et des chercheurs, leur permettant de se familiariser avec les lacunes des recherches fondées sur les faits dans les interventions humanitaires en SSRA et d'y contribuer par la suite.

Comment favoriser la participation des adolescent.e.s dans l'évaluation, la documentation et la dissémination ?

Il existe plusieurs pistes de programmation et de recherche permettant de faire participer les adolescent.e.s de façon significative dans vos activités d'évaluation, de documentation et de dissémination quotidiennes. Engager les adolescent.e.s dans les activités d'évaluation et de documentation des programmes de SSRA peut se faire de plusieurs façons :

- **Conception de l'évaluation :** L'utilisation de processus de conception centrés sur l'utilisateur dans le développement des protocoles d'évaluation permet aux adolescent.e.s de formuler des commentaires sur les extrants et les résultats mesurés par l'évaluation, sur quels groupes d'adolescent.e.s sont atteints ou non, et sur quels besoins liés à la SSRA sont satisfaits ou non. Les retours d'adolescent.e.s sur les résultats de M&E consolident les implications de futurs projets similaires et créent un environnement d'inclusion et d'adhésion.
- **Planification des échéances :** L'évaluation, qui doit être prévue dès le début du projet, nécessite de réserver suffisamment de temps pour mesurer les résultats et les impacts du programme. L'évaluation n'est donc pas recommandée en temps de situation aiguë. Par contre, les évaluations continues et le suivi peuvent fournir une rétroaction sur des actions d'urgence en cas de situation aiguë prolongée et contribuent à une programmation SSR complète.
- **Documentation et dissémination :** Il est essentiel d'élaborer une stratégie de documentation et de dissémination lors de la mise en place de programmes de SSRA pendant une urgence humanitaire. La participation des adolescent.e.s garantit l'accessibilité de l'information à chacun. De plus, cette population possède beaucoup de créativité et une grande expertise dans les réseaux sociaux et dans la technologie. La spécificité des approches ainsi créées et développées permet de transformer les données en messages clé dans une variété de formats technologiques pertinents et compréhensibles par les adolescent.e.s et les acteurs clé.

Planification d'une prise en charge SSR complète au cours de la phase d'évaluation

En conformité avec l'Objectif 6 du DMU pour la planification d'une prise en charge SSR complète, les praticiens doivent viser à documenter les informations de base durant la phase aiguë. Cet effort permet l'intégration des données dans l'orientation de la programmation une fois la situation stabilisée, lorsque les praticiens peuvent comparer les données finales et mettre en œuvre les plans d'évaluation. Plus les programmes SSRA planifiés et conçus durant la phase aiguë de la réponse humanitaire se font complexes et complets, plus il est capital d'intégrer un cadre évaluatif.

Que faut-il pour une évaluation SSRA réussie ?

Pour la mise en place d'un programme d'évaluation réussi, les praticiens doivent l'avoir planifié et budgétisé durant la phase de conception. Les travaux préparatoires menés durant les évaluations primaires (réalisation des évaluations de besoins, modélisation, consultation des sources secondaires et des acteurs SSRA), la conception du programme (établissement de la théorie du changement, développement des indicateurs, création du cadre logique), la mise en place et le suivi (suivi des indicateurs, ajustement de la programmation) seront les sources principales de l'évaluation de votre programme, qu'il s'agisse d'une évaluation simple (comparaison du niveau de référence / niveau final) ou plus élaborée (évaluation des impact / résultats). Choisir le moment approprié pour l'évaluation est essentiel.

La planification d'une évaluation des impacts devrait idéalement débuter un an à l'avance afin de prendre le temps nécessaire pour établir le cahier des charges et identifier les membres principaux de l'équipe d'évaluation, ainsi que d'informer / se coordonner avec le reste des acteurs. L'évaluation des résultats nécessite parfois de prendre un peu plus de temps afin d'établir la concrétisation des résultats sur le moyen et long terme. Au début de votre projet, votre organisation devrait mettre en place un protocole selon des critères spécifiques afin d'alimenter les évaluations (voir Tableau 6).

Qu'est-ce qu'un programme d'évaluation et comment peut-on l'intégrer à la programmation SSRA ?

Un protocole d'évaluation est un « document détaillé contenant la définition des pratiques et de la séquence d'activités qui permettent d'analyser et d'examiner le projet selon des critères d'évaluation spécifiques. Ce document doit déterminer l'efficacité et l'efficience en suivant l'avancement sur chaque objectif, la réalisation des activités et les dates d'achèvement. » L'évaluation mesure les résultats positifs et négatifs, prévus comme imprévus. Un protocole d'évaluation concret avec des critères d'évaluation standards est une pratique d'évaluation qui permet de combler les lacunes en matière de données probantes en programmation SSRA humanitaire et de garantir le respect des droits des enfants. ONU Femmes a publié une nouvelle approche pour les Objectifs de développement durable, Vers une évaluation systémique inclusive : égalité des genres, environnements et voix marginalisées. Cette approche montre comment chaque intervention est une nouvelle occasion d'apprendre à susciter des évolutions sociales, que ce soit au niveau de l'égalité des genres, de la durabilité, des droits humains et de la paix. Elle permet aussi de dépasser l'idée que l'évaluation n'est qu'une mesure de responsabilisation et d'accepter « qu'on ne sait pas ce qu'on ignore. »

Qu'est-ce qui est habituellement inclus dans un protocole d'évaluation ?

La boîte à outils recommande d'utiliser les mesures d'évaluations des modèles du protocole. Il est fortement recommandé de développer des protocoles de manière participative, en impliquant tous les partenaires d'étude, incluant les partenaires du personnel, les organisations responsables de la conception et la direction des sondages, les partenaires de recherches locaux et internationaux, et le personnel de projet partenaire. Les éléments ci-dessous peuvent servir de guide dans le développement du protocole détaillé de votre organisation. La problématique et la conception définiront le plan et le contenu finaux spécifiques au protocole de l'étude. Le praticien devra prendre en considération les sections ci-dessous et adapter les sections ou titres qui ne seraient pas pertinents dans le cadre de l'évaluation prévue, quitte à ajouter des sections complémentaires au besoin. Pour des instructions détaillées quant au remplissage de chaque section, veuillez consulter le site internet de MEASURE Evaluation.

ÉLÉMENTS DE CONTENU DU PROTOCOLE D'ÉVALUATION

- Abréviations
- Contexte de l'étude
- Tableaux
- Figures
- Objectifs de l'étude
- La théorie du changement
- Cadre logique
- Indicateurs de confiance essentiels
- Méthodes
- Collecte des données
- Participants ou sujets humains, Confidentialité et sécurité
- Plan de diffusion
- Limites de l'étude
- Gestion d'étude
- Calendrier de l'étude
- Références
- Annexes

Quels sont les critères d'évaluation recommandés ?

Pour élaborer votre protocole d'évaluation, il est important de vous référer à votre théorie du changement et d'établir des critères d'évaluation permettant de répondre aux sept problématiques ci-dessous :

- **Coordination :** (L'organisation se coordonne-t-elle efficacement avec les acteurs SSRA tout au long du cycle du programme ?)

- ***Performance*** **:** (Le programme a-t-il atteint ses objectifs SSRA ?)
- ***Efficacité*** **:** (L'organisation a-t-elle fourni des services rapides et maximisé les ressources destinées aux adolescent.e.s ?)
- ***Pertinence*** **:** (Le programme a-t-il fait participer des adolescent.e.s, et intégré leurs préférences dans la conception et la mise en place du programme ?)
- ***Impact*** **:** (Le programme a-t-il contribué à des résultats SSR améliorés chez l'adolescent ?)
- ***Durabilité*** **:** (Le programme a-t-il renforcé le soutien des prestataires de services, des parents et des acteurs communautaires pour les activités SSRA ?)
- ***Qualité*** **:** (La qualité des prestations SSRA a-t-elle été améliorée dans les zones d'intervention ?)

Répondre à ces questions permet de déterminer si les stratégies mises en place dans le cadre du programme ont contribué à atteindre les objectifs souhaités. On pourra aussi identifier les besoins auxquels le programme n'a pas répondu et si ce type de stratégies peut durablement satisfaire et améliorer les comportements relatifs à la recherche de soins et la qualité au niveau de la prestation de services. Les sources de données provenant d'une évaluation peuvent également servir de programme d'action dans le cadre d'une mise en œuvre et / ou d'interventions ultérieures.

ÉTUDE DE CAS

Étude sur le MEPF au sujet de la recherche sur les actions mondiales ciblant les filles au cours de la pandémie de Covid-19

En 2019, la WRC et Plan international ont lancé une étude plurinationale sur la recherche d'actions, constituée de plusieurs méthodes participatives combinées, ciblant les filles et les communautés, afin d'explorer les besoins et les priorités des adolescentes dans deux différentes situations de crise humanitaire. L'objectif global de la recherche est de développer un modèle de programmes multi-sectoriels, fondé sur des données factuelles, afin de lutter contre le MEPF (mariage d'enfants, mariage précoce et forcé) et de mieux répondre aux besoins des filles mariées dans des situations de crise humanitaire.

La WRC et Plan International ont utilisé SenseMaker pour mener leur recherche sur les adolescentes et les membres des communautés. SenseMaker est un outil d'analyse et de recherche combinant plusieurs méthodes qui permet aux individus de partager leurs expériences, en partant d'une description narrative. Après que les participants ont partagé leurs histoires, ils répondent à une série de questions en plaçant leur réponse sur une échelle visuelle permettant de donner du sens à leur propre histoire. Comme avec d'autres organisations humanitaires, la pandémie de Covid-19 a contraint WRC et Plan International à adapter leurs activités de recherche en 2020, mais a également représenté une opportunité dans la mesure où elle a permis de mettre en application leurs méthodes de recherche innovantes dans un environnement où la mobilité était restreinte. WRC et Plan International ont également pu approfondir leurs recherches aux Philippines avant les contraintes et restrictions imposées par la Covid-19, en impliquant des adolescentes et les membres des communautés, dans le cadre d'un atelier créé conjointement pour informer sur l'outil de recherche SenseMaker et recueillir plus de 2000 témoignages d'adolescentes et de membres des communautés. Pour les ateliers d'analyse menés conjointement, qui auront lieu une fois que les données auront été collectées, WRC et Plan International préparent des ateliers virtuels avec plusieurs parties prenantes, tels que des experts en SSRA. Pour la collecte de données à venir dans les zones d'insécurité alimentaire au Zimbabwe, WRC et Plan International utilisent SenseMaker pour comprendre comment la Covid-19 a renforcé ou modéré des facteurs à l'origine des MEPF, l'impact sur les services proposés et la manière dont les acteurs humanitaires peuvent s'adapter pour mieux répondre aux besoins des adolescent.e.s. Des entretiens seront menées auprès des principales parties prenantes via WhatsApp, Skype et par téléphone, et non en présentiel.

Les deux organisations prévoient de collaborer pour la prochaine phase du projet : tester la livraison de leur modèle de programmes dans différents contextes. Les conclusions obtenues à partir des modèles pilotes seront utilisées pour mettre à jour et adapter leur modèle de programmes, de concert avec les adolescent.e.s, leurs familles et les communautés, ainsi qu'avec les prestataires de services.

Quelles sont les autres ressources permettant de mener des évaluations sur la SSR ?

Les ressources suivantes de mesure de l'évaluation : comment savoir si un programme a été moteur de changement ? Guide pour les méthodes statistiques de l'évaluation des programmes d'impact et l'évaluation des programmes de planning familial avec des adaptations pour la santé reproductive permettent de connaître les meilleures pratiques sur la manière d'évaluer les programmes SSRA. De plus, USAID a une plateforme d'apprentissage en ligne qui sert de guide pour planifier l'évaluation et la documentation.

Combler l'écart entre la mise en œuvre et la recherche pour les professionnels

Bien que les données indiquent que les adolescent.e.s font partie des populations touchées et vulnérables dans des contextes de crise, ils sont rarement pris en compte dans l'élaboration, la mise en place et la documentation des interventions humanitaires. Cette section a pour objectif de mettre en avant le besoin urgent de combler des écarts identifiés en priorité, en se fondant sur les connaissances existantes, en investissant dans de meilleurs systèmes de génération de données et en intégrant de manière constructive les adolescent.e.s aux travaux de recherche et aux interventions. Une telle production de données empiriques et d'améliorations des interventions humanitaires permettraient de générer des fonds à l'échelle nationale, mais également à l'échelle mondiale, grâce au travail sur la SSRA de l'IAWG. Par exemple, le travail de cartographie de l'IAWG qui a analysé les programmes humanitaires sur la SSRA de 2009 à 2012 a mis en évidence des écarts considérables en termes de financement, de mise en place et de priorisation. Les conclusions obtenues à partir de ce travail ont permis aux membres de sous-groupe de travail de IAWG sur la SSRA de solliciter des financements supplémentaires pour les urgences SSRA; ce qui s'est matérialisé par la réalisation d'un projet d' une durée de deux ans entre l'IAWG et le ministère des Affaires étrangères néerlandais entre 2018 et 2020. Cette boîte à outils a identifié des domaines à venir pour le développement de la recherche, ainsi que la mise en place d'outils de test et de pilotage pour approfondir les données empiriques sur les urgences SSRA, et enfin, fournir des programmes plus responsables pour répondre aux besoins des adolescent.e.s en matière de SSR.

Opportunités de recherche : combler l'écart

Des domaines de recherche futurs identifiés à partir de la boîte à outils, via différents chapitres, incluent ce qui suit :

- Mener un travail de cartographie mis à jour des programmes SSRA dans des situations de crise humanitaire (le dernier travail de cartographie a été réalisé en 2012);
- Effectuer des recherches sur les marqueurs qui améliorent les services de SSR pour les adolescent.e.s décrits dans le DMU et les interventions intersectorielles, ainsi que sur leurs effets distinctifs sur les sous-groupes d'adolescent.e.s, ventilés par sexe et par âge;
- Explorer, guider et documenter les interventions qui utilisent des mesures de test VBG pour les adolescent.e.s pour comprendre les bénéfices potentiels et / ou ce qui nuit aux adolescent.e.s;
- Explorer, guider ou documenter les interventions qui utilisent les adolescent.e.s dans le cadre de soins SSR basés sur les communautés en donnant, par exemple, des contraceptions d'urgence;
- Explorer, guider et documenter des approches auto-centrées pour l'avortement et des méthodes contraceptives dans des situations de crise humanitaire avec des adolescent.e.s;
- Documenter les approches innovantes pour atteindre des sous-groupes d'adolescent.e.s à risques, au-delà des très jeunes adolescent.e.s (ex : lesbiennes, gays, bissexuels, transgenres, queer, intersexes et asexuels+ (LGBTQIA+), les adolescent.e.s avec un handicap moteur ou physique, etc.);
- Explorer, piloter et documenter l'intégration du handicap des adolescent.e.s dans des contextes d'action humanitaire DMU et la responsabilité envers les adolescent.e.s infectés;
- Explorer, piloter et documenter le handicap et l'intersectionnalité dans le cadre de programmes fondés sur la résilience avec des données ventilées sur le handicap par rapport au sexe et à l'âge;
- Identifier et documenter les stratégies d'adaptation et d'émancipation des adolescent.e.s en cas de crise;

- Explorer, guider et documenter l'efficacité et l'impact d'approches d'implication signifiantes, telles que des approches participatives dans des contextes de crise humanitaires;
- Documenter les résultats SSR pour les patients adolescent dans les centres de soins qui encouragent les adolescent.e.s à adopter des approches tournées vers le service (voir Services offerts pour consulter la liste des activités pour faire participer les adolescent.e.s);
- Explorer les effets directs des téléconsultations sur les résultats SSR et l'assimilation de la SSR parmi les adolescent.e.s;
- Étudier l'efficacité liée au fait d'encourager les adolescent.e.s / la jeunesse à s'impliquer comme intervenants / homologues de premier plan, ou comme éducateurs / de la jeunesse bénévole dans des contextes de crise humanitaire;
- Documenter l'efficacité de plus grandes organisations à permettre aux organisation dirigées par la jeunesse et / ou des communautés à apporter des services aux jeunes personnes dans des contextes de crise humanitaire;
- Rassembler des preuves pour proposer des programmes multi-sectoriels permettant d'améliorer les résultats de la SSR pour les adolescent.e.s dans des situations de crise humanitaire;
- Explorer, guider et documenter les mécanismes de recommandation SSRA parmi le continuum de soins provenant de la communauté vers les infrastructures, ainsi que les systèmes de recommandations multi-sectoriels pour la SSRA;
- Documenter l'efficacité de ressources et d'outils adaptés proposés afin de mettre à jour la boîte à outils SSRA de 2020 dans des situations de crise humanitaire.

Développer et piloter des outils programmatiques SSRA : combler l'écart

Chaque chapitre de cette boîte à outils est accompagné d'outils associés visant à soutenir les responsables des opérations SSR avec leurs programmes SSRA. Cependant, trouver des outils spécifiques pour les programmes SSRA dans des situations de crise humanitaire s'est avéré difficile. Par conséquent, la boîte à outils a identifié plusieurs domaines pour le développement à venir de la mise en œuvre d'outils à partager avec la communauté de pratique SSRA. Cette boîte à outils propose une exploration future du développement des éléments suivants :

- Outils et exemples d'activités de préparation de SSRA, particulièrement sur la question d'impliquer les adolescent.e.s / la jeunesse comme principaux intervenants avant que la crise ne survienne;
- La production et la diffusion de supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) conçus pour les adolescent.e.s et la jeunesse peut être adaptés à différentes situations de crise humanitaire (et est disponible en plusieurs langues);
- Des outils complémentaires destinés aux professionnels de santé locaux sur les manières de faciliter le dialogue entre les gardiens et membres de la communauté sur le SSRA;
- Des exemples / outils complémentaires sur la manière dont les professionnels de santé de la communauté peuvent identifier les sous-groupes à risques d'adolescent.e.s (ex : mères adolescentes, orphelins, migrants, etc.);
- Des exemples d'interventions multi-sectorielles complémentaires pour la SSRA dans des situations de crise humanitaire;
- Exemples / modèles supplémentaires d'activités de recherche participative et / ou d'activités de M&E réalisées avec des adolescent.e.s dans des situations de crise humanitaire;
- Des subventions SSRA complémentaires pour les prestataires de services.


Photo: Médicos Sin Fronteras



Photo : UNFPA

CHAPITRE 8 : NOTES D'ORIENTATION ET OUTILS POUR LES DIRECTEURS

Nous avons navigué dans la feuille de route de la boîte d'outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s (SSRA). Nous avons saisi les considérations programmatiques multiformes et interdépendantes pour les gestionnaires de la santé sexuelle et reproductive (SSR) à prioriser au début d'une crise et des conseils techniques à intégrer tout au long des interventions de préparation et de réponse le long du continuum humanitaire. Ce chapitre fournit aux gestionnaires de SSR des conseils sur la manière d'appliquer ces connaissances techniques dans une crise humanitaire.

Chapitre 8 : Objectifs d'apprentissage

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

- Décrire le rôle et les responsabilités de coordinateurs et / ou gestionnaires SSR;
- Expliquer les principaux composants et considérations lors de l'élaboration d'une proposition SSRA et / ou l'ajout de composants SSRA à une proposition plus large de santé / SSR;
- Décrire les coûts typiques associés aux programmes SSRA et justifier ces coûts;
- Discuter de l'importance de la supervision formative et fournir des exemples d'outils de mise en œuvre de programme pour les programmes de SSRA.

Quels sont les rôles et responsabilités d'un directeur de SSR ?

Un élément important de la priorisation des programmes SSRA implique la recherche de financement, la gestion ultérieure des programmes SSRA, et la construction et le suivi de la qualité des programmes. Les gestionnaires de programme sont censés diriger ou aider à l'élaboration des propositions, y compris l'élaboration de cadres et de budgets de suivi et d'évaluation (M&E). Une fois que les fonds seront assurés et qu'un plan sera établi, les gestionnaires recrutent et supervisent le personnel du projet. Pendant toute la durée du projet, les responsables surveillent la mise en œuvre au moyen de plans de travail, de rapports mensuels et trimestriels et de suivi des dépenses - dépenses budgétisées par rapport aux dépenses réelles. Au cours de la mobilisation des ressources et de la mise en œuvre du projet, les gestionnaires se coordonnent avec d'autres gestionnaires de secteur pour garantir une approche plus intégrée au service des bénéficiaires et maximiser l'impact en utilisant les ressources disponibles.

Les gestionnaires de SSR jouent également un rôle important dans le plaidoyer pour une participation significative - à la fois en interne au sein de leurs agences et en externe. Cela est particulièrement vrai des activités de SSRA dans les situations d'urgence, où il reste souvent à faire valoir l'urgence et la nécessité des programmes de SSRA étant donné d'autres priorités de santé concurrentes.

Les responsables de la SSR portent de nombreux chapeaux simultanément au quotidien. Les fonctions principales d'un chef de SSR sont les suivantes :



1. Coordination
2. Élaboration de stratégies
3. Mobilisation des ressources & développement de la proposition
4. Gestion budgétaire gestion du programme
5. Documentation & diffusion des preuves
6. Plaidoyer technique & représentation
7. Supports techniques de capacité de développement des partenaires opérationnels
8. Recrutement du personnel, soutien & management
9. Approvisionnement en matériel & produits de base pour la santé reproductive

Les fonctions principales d'un chef de SSR sont les suivantes :

- **Coordination :** conformément à l'objectif 1 du paquet de services initiaux minimum pour la santé sexuelle et reproductive en situation de crise (DMU), les gestionnaires de SSR doivent se coordonner avec les parties prenantes de la santé, de la SSR, de la violence basée sur le genre (VBG) au sein du système de cluster pour rassembler et partager des données et des informations, concevoir la stratégie et les plans de réponse à la SSR de leur organisation, et assurer la liaison et établir des partenariats équitables avec les organisations communautaires locales (OBC), y compris les organisations dirigées par la jeunesse et les donateurs.

  - Représenter le travail de l'organisation et les activités SSRA dans les réunions du cluster santé, du groupe de travail sur la santé reproductive et du sous-groupe de travail sur la VBG, ainsi que dans d'autres réunions de coordination avec le Ministère de la Santé. Plaider pour la représentation des adolescent.e.s et autres jeunes aux tables de coordination et de prise de décision.

  - Réseautez avec des donateurs clés, tels que l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Bureau pour l'Assistance Humanitaire (BHA, qui remplace l'Office of US Foreign Disaster Assistance [OFDA]), le Bureau of Population, Refugees and Migration (BPRM), le Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO; en remplacement du Department for International Development [DFID]), et Protection civile et opérations d'aide humanitaire (ECHO) lors des réunions des groupes de travail. Soumettez des propositions avec des considérations / financement spécifiques aux adolescent.e.s à l'appel instantané.

  - Coordonner avec d'autres réponses sectorielles au sein de l'organisation (santé; eau, assainissement et hygiène [EHA]; abris; nourriture; VBG; réduction des risques de catastrophe [RRC], etc.) pour assurer une approche multisectorielle de la SSRA.

  - Coordonner avec tous les services organisationnels appropriés, tels que les communications et les équipes techniques mondiales (le cas échéant), sur la programmation et les développements de la SSRA.

- **Développement de la stratégie :** les gestionnaires de la SSRA devraient travailler avec les membres de l'équipe d'intervention d'urgence pour développer une stratégie d'intégration de la SSR dans les programmes d'urgence, y compris des liens avec des secteurs spécifiques. Par exemple, en distribuant des kits d'accouchement propres, des préservatifs et des kits pour nouveau-nés par le biais de la distribution de produits non alimentaires (NFI), les gestionnaires de SSR pourraient développer une stratégie de diffusion pour atteindre les adolescent.e.s avec des informations sur les endroits où trouver les produits et services de SSR. Il est également important pour les gestionnaires de SSR de développer une stratégie de sortie et de transfert pour les partenaires et les parties prenantes locales, car cela garantit que les communautés vivant dans des contextes fragiles sont équipées pour rester résilientes, prospérer et s'approprier les interventions et s'engager à respecter les normes de qualité pour la prestation de services de SSRA.

- **Mobilisation des ressources et élaboration de propositions :** Le directeur de la SSR doit rester proactif dans l'établissement des exigences de financement pour les activités de SSR / SSRA, l'identification et la cartographie des opportunités de financement, et l'intégration de la SSR dans les propositions avec d'autres secteurs techniques pour les interventions d'urgence et la transition vers une efforts de rétablissement. Il est impératif que les gestionnaires de SSR plaident pour le financement de la SSRA et se mettent en réseau avec les bailleurs de fonds pour rendre le financement disponible et / ou augmenter le financement de la SSRA. Reportez à Mobilisation des ressources pour obtenir des conseils supplémentaires détaillés.

> **MESSAGE CLÉ**
>
> Au sein du Sous-Cluster SSR, les directeurs SSR devraient plaider pour que la SSRA soit un point permanent de l'ordre du jour et investir dans le leadership des adolescent.e.s pour s'engager dans la coordination humanitaire et technique et la prise de décision.

> **MESSAGE CLÉ**
>
> Les gestionnaires de SSR devraient travailler avec les parties prenantes de la SSR pour organiser des discussions avec les adolescent.e.s sur les obstacles financiers dans la mobilisation des ressources, et utiliser les contributions des adolescent.e.s pour éclairer les stratégies de collecte de fonds.

- **Gestion du programme et budget :** Le directeur de la SSR est responsable du portefeuille programmatique et financier de la SSR, assure la liaison avec les autres membres de l'équipe de direction et coordonne avec les partenaires et les donateurs pour assurer la mise en œuvre du DMU. Cela comprend la fourniture d'un leadership technique au personnel du programme pour soutenir la préparation des récits de proposition, du budget et des rapports narratifs et budgétaires associés aux donateurs. La boîte à outils fournit des outils modèles standard pour la budgétisation de la programmation SSRA dans l'orientation et la conception budgétaires.

- **Documentation et diffusion des preuves :** Ces deux composantes sont des responsabilités fondamentales des gestionnaires de SSR pendant toutes les phases du cycle du programme et du continuum humanitaire. La documentation et la diffusion exigent que les gestionnaires de SSR soient proactifs et diligents pour s'assurer que les données sont partagées et utilisées par toutes les parties prenantes de la SSRA. Si vous ne disposez pas de personnel de M&E pour soutenir cette portée de travail, reportez-vous au Chapitre 7 : Données pour l'action pour des conseils détaillés étape par étape. Les principales responsabilités en matière de documentation et de diffusion des preuves SSRA comprennent

  - Déterminer les besoins en SSRA et les lacunes programmatiques pour s'assurer que la SSRA est incluse dans toutes les propositions d'organisation, quel que soit l'objectif de la proposition (santé, protection, éducation);

  - Adapter et / ou développer des outils de données primaires - aux côtés des adolescent.e.s / de la jeunesse - afin qu'ils soient pertinents, conviviaux et inclusifs pour tous les adolescent.e.s / de la jeunesse;

  - Orienter le personnel et le personnel des agences partenaires sur l'importance de l'utilisation et de la documentation des activités SSRA;

  - Analyser les données de M&E pour proposer des domaines d'amélioration et soutenir les initiatives futures pour évaluer les lacunes, les défis et les solutions pour répondre aux besoins des adolescent.e.s en matière de SSR; et

  - Diffusion des données via les rapports des donateurs et / ou utilisation pour des articles de revues, des campagnes et des stratégies de plaidoyer.

- **Plaidoyer technique et représentation :** Pendant une situation d'urgence, les responsables de la SSR plaident pour des initiatives visant à garantir aux femmes et aux filles l'accès à des services de SSR vitaux conformément aux principes humanitaires fondamentaux et aux normes des droits humains. Les gestionnaires doivent assurer la liaison avec les bailleurs de fonds au sein du système de cluster, les agences gouvernementales, les parties prenantes locales et au sein de leur propre organisation pour s'assurer que les activités de la SSRA sont intégrées dans les plans et initiatives d'intervention d'urgence. Les responsables peuvent utiliser la boîte à outils de plaidoyer : un guide pour influencer les décisions qui améliorent la vie des enfants du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la boîte à outils d'urgence de CARE pour fournir des conseils supplémentaires sur la promotion efficace de la SSRA dans les situations d'urgence. La ressource Advocacy in Emergencies du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et SSRA in Emergencies Fact Sheet du Groupe de travail inter-organisations sur la santé reproductive en cas de crise (IAWG) fournit également plusieurs conseils de plaidoyer. **En tant que directeur, la représentation et le plaidoyer font une différence pour influencer la haute direction et le leadership à allouer des fonds! Persistez et utilisez les faits de la SSRA pour poursuivre votre dossier!**

- **Soutien technique et renforcement des capacités des partenaires d'exécution :** Les partenaires locaux et / ou d'exécution sont résilients et bien informés pour comprendre leur communauté. Il incombe aux responsables de SSR de fournir à leurs partenaires un accompagnement, une supervision et un soutien pour l'exécution de leurs rôles assignés. Il s'agit notamment de fournir des ressources techniques, des outils, de la formation et de la supervision de soutien afin de garantir la mise en œuvre des activités de programme dans le cadre d'une approche collaborative et fructueuse. Voir la section ci-dessous pour des directives détaillées.

MESSAGE CLÉ

Selon les normes Sphère, tout le personnel et les partenaires de mise en œuvre devraient être formés aux normes et aux protocoles de prévention et de protection de l'enfance en matière d'exploitation et abus sexuels (PSEA). Pour avoir des exemples de ces normes et protocoles, voir le protocole de Save the Children, Policy of Child Safeguarding et le protocole des Nations Unies sur les allégations d'exploitation et d'abus sexuels impliquant des partenaires opérationnels.

- **Recrutement, soutien et gestion du personnel :**
L'une des priorités d'un directeur de la SSR est de créer une équipe de SSR qui fonctionne bien et qui apporte son soutien. Les activités essentielles de recrutement, de soutien et de gestion, comprennent :
  - Élaborer des descriptions de travail adaptées en fonction des priorités énoncées dans leur stratégie d'intervention d'urgence en matière de SSR. La description du poste dans l'Annexe S peut être adaptée pour s'assurer qu'elle est spécifique au contexte et qu'elle respecte les procédures opérationnelles standard de l'organisation pour les programmes humanitaires. De plus, l'Annexe L décrit les caractéristiques essentielles des superviseurs pour la mise en œuvre, le soutien et la gestion des programmes SSRA;
  - Diffuser les descriptions de poste et élaborer une liste restreinte de candidats pour convoquer et mener les entretiens; et
  - Offrir aux nouveaux employés des plans d'intégration adaptés, une formation et une supervision continue. Se référer à la partie Recrutement, soutien et responsabilité du personnel pour plus d'informations.

- **Achats de produits et fournitures de santé reproductive :** Il y a 12 trousses de santé reproductive d'urgence conçues et préemballées associées à chacun des six objectifs de DMU. Vous pouvez vous référer à l'aide-mémoire DMU et au manuel de trousses médicales de santé reproductive créées par des inter-institutions en situation de crise pour une description détaillée des médicaments vitaux, des marchandises et des fournitures pour la SSR. Ces trousses médicales sont destinées à accélérer les canaux d'approvisionnement et par conséquent à fournir des services de santé reproductive dans les situations de crise humanitaire.

MESSAGE CLÉ

Les responsables de la SSR devraient renforcer les lignes d'approvisionnement en SSR afin de veiller à ce que tous les moyens de contraception et d'avortement sans risques, approuvés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soient accessibles aux adolescentes. Les responsables devraient également passer des trousses de santé reproductive inter-institutions aux circuits d'achat d'organisations non-gouvernementales ou du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) pour éviter les coûts supplémentaires et le gaspillage.

Comme vous pouvez le constater, les responsables de la SSR ont plusieurs rôles. Le présent chapitre donne des orientations supplémentaires sur le recrutement du personnel, la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des programmes, ainsi que des outils et des ressources à consulter pour obtenir des informations supplémentaires.

Recrutement, soutien et responsabilités du personnel

Les exigences fondamentales de la création d'une équipe SSRA solide et durable dans les contextes humanitaires impliquent quatre responsabilités importantes des responsables SSR :

1. **Recrutement du personnel :** Même s'il est peu probable qu'il y ait recrutement d'un poste propre à la SSRA, il est recommandé de s'assurer que le personnel de SSR recruté possède une certaine formation ou une certaine expérience de SSRA ou que l'organisation prévoit de former ce personnel à la SSRA. L'Annexe S fournit un modèle de description de poste pour un poste clé à la SSRA - un coordinateur SSRA - qui sera responsable de l'ensemble de la mise en œuvre du projet. Le recrutement du personnel dans des situations de crise humanitaire a besoin d'être réactif puisque les délais des projets tendent à être courts et le recrutement est concurrentiel.

MESSAGE CLÉ

Les responsables de SSR devraient donner la priorité au recrutement de personnel local pour renforcer les capacités locales et créer une appropriation des services et activités SSR, en plus d'éviter un taux de roulement élevé du personnel.

2. **Intégration :** Dans les situations d'urgence, en particulier dans les nouvelles crises, le roulement élevé du personnel est fréquent. Un plan d'intégration est un outil standard utilisé pour orienter efficacement le personnel vers une organisation et les mettre sur la voie du succès. Un plan d'intégration devrait englober les procédures opérationnelles normalisées de l'organisation et l'éventail des aspects techniques, programmatiques et de formation de leurs rôles. Il devrait être adapté en conséquence aux forces et aux domaines de croissance de ce personnel. Se référer à l'Annexe T pour un modèle d'intégration.
3. **Formation du personnel :** La formation est souvent une première étape essentielle de la programmation et un processus de perfectionnement professionnel continu pour doter le personnel des connaissances et des compétences nécessaires pour lancer et soutenir un projet SSRA (voir Formation et renforcement de la capacité du personnel pour la formation et obtenir des outils).
4. **Supervision de soutien et encadrement du personnel :** La supervision de soutien a été mentionné à travers la Boîte à outils, car c'est une approche importante de soutenir continuellement le personnel afin qu'il améliore son travail - ancrée dans une culture qui promeut l'apprentissage, le travail d'équipe et de faire un rapport sans crainte. La supervision de soutien et l'encadrement sont des approches qui peuvent être utilisées en interne avec le personnel mais aussi par programme. Se référer à la mise en œuvre du programme pour des directives supplémentaires sur la supervision de soutien.



Photo : Katie Meyer

Mobilisation de ressources

Les conséquences du manque de financement pour les femmes et les filles dans les crises humanitaires sont alarmantes. Les analyses d'estimations mondiales réalisées par ONU Femmes à la Figure R fournissent des informations sur les niveaux de financement requis pour les femmes et les filles en situation de crise humanitaire, par secteur. De plus, comme indiqué précédemment l'exercice de cartographie de l'IAWG finalisé en 2012, a révélé une mauvaise priorisation du programme de SSR pour les adolescent.e.s.

La mobilisation des ressources est essentielle à la préparation et aux plans d'intervention en SSR en cas de crise humanitaire, car :

1. Les services de SSR ne sont pas souvent en première ligne des interventions humanitaires;
2. La mobilisation des ressources est essentielle pour répondre aux besoins SSR des adolescent.e.s;
3. Mobiliser les ressources permet d'élargir et d'améliorer les services et les activités de SSR pour les adolescent.e.s dans le continuum humanitaire; et
4. Mobiliser les ressources pour soutenir les interventions de la SSRA facilite la durabilité à long terme en donnant aux communautés locales les moyens de rester résilientes, de s'engager activement et de répondre aux besoins de la communauté en matière de SSR, y compris les adolescent.e.s.

Qu'est-ce que la mobilisation des ressources ?

L'expression « mobilisation des ressources » se réfère à « toutes les activités entreprises par une organisation pour garantir des ressources nouvelles et supplémentaires aux niveaux financier, humain et matériel pour faire avancer sa mission. Les efforts visant à mobiliser des ressources reposent essentiellement sur la volonté de viabilité organisationnelle. » La trousse de mise en œuvre de la mobilisation des RESSOURCES par l'Université John Hopkins et la direction des sciences de la santé - Management Sciences for Health - fournit des responsables SSR avec des directives détaillées et des modèles de processus de mobilisation des ressources. La Boîte à outils a identifié des étapes clés à partir de ces ressources à utiliser, pour les responsables SSR lorsqu'il faut mobiliser des ressources SSRA.

Quelles sont les étapes pour la mobilisation des ressources SSRA ?

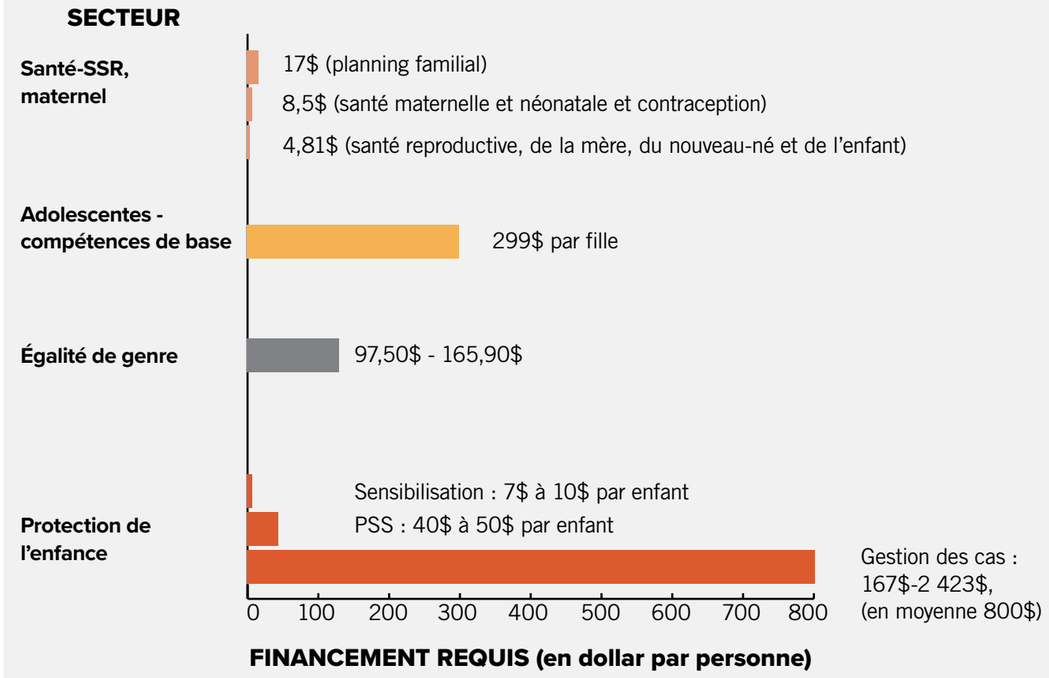
Identifier des donateurs et trouver des opportunités : scruter, suivre, identifier et répondre aux demandes d'offres sur la SSRA. Tout en assurant la coordination au sein de l'approche sectorielle au début d'une urgence, les responsables de SSR devraient comprendre et utiliser les mécanismes de financement suivants (qui peuvent varier selon l'urgence) : Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU (OCHA) Flash Appeal, le Fond central d'intervention pour les urgences humanitaires (CERF), l'Aperçu des besoins humanitaires du OCHA (HNO), le Plan d'intervention humanitaire (HRP), et d'autres mécanismes de financement institutionnels.Il est à noter que les possibilités de financement peuvent ne pas être spécifiques à la SSR, mais les standards du DMU et de la SSRA décrites dans la présente boîte à outils peuvent être intégrées par le directeur de la SSR dans les propositions relatives à la santé, à la nutrition, à la violence basée sur le genre (VBG), à la protection, etc.

À mesure que la réponse se poursuit, il incombe au directeur de SSR de rester proactif en identifiant de nouveaux donateurs et en diversifiant la base de donateurs de leur organisation. Développer une mobilisation des ressources / outil de cartographie de donateur peut aider à suivre et gérer la stratégie de mobilisation des ressources d'une organisation, les activités et peu permettre d'analyser les tendances (voir la trousse de modèles des RESSOURCES ici). Cette approche peut également être utilisée dans le cadre des stratégies de réduction des risques de catastrophe et de préparation avant les crises de l'organisation. Un outil de cartographie des donateurs peut aider les responsables de SSR à s'assurer que le financement est réservé et affecté spécifiquement à la SSRA et à fournir une certaine souplesse dans la prestation des services de SSR, comme indiqué dans la boîte à outils DMU et SSRA.

MESSAGE CLÉ

Un directeur de SSR devrait diversifier la base de donateurs de son organisation dans le cadre de sa stratégie de préparation (et / ou de rétablissement) afin d'aider à obtenir et à affecter du financement pour répondre aux besoins de la SSRA au début d'une crise et d'appuyer la viabilité des programmes le long du continuum humanitaire.

Figure R : Niveaux de fonds humanitaires pour les femmes et les filles



Réseaux avec donateurs : Les donateurs sont des partenaires essentiels pour atteindre les adolescent.e.s dans les situations d'urgence. Il est essentiel que les responsables de SSR plaident en faveur des besoins des adolescent.e.s en matière de SSR en cas de crise et veillent à ce que le financement ne prennent encore plus de retard. Utilisation des données recueillies au moyen d'évaluations et d'exercices de cartographie décrits dans le chapitre 7 : Données pour l'Action peut aider les responsables de SSR à renforcer les réalités sur le terrain et susciter l'intérêt auprès des donateurs pour financer le travail de la SSRA et diffuser les appels à propositions. La rencontre régulière avec les donateurs permet également aux responsables de SSR et à leurs organisations de se faire connaître et les informe des progrès accomplis, des domaines à améliorer et de l'expansion des activités.

Faire participer les parties prenantes de la SSR et de la SSRA : La coordination - comme indiqué dans l'Objectif 1 du DMU - au sein du sous-groupe SSR, du système global de groupes et des parties prenantes en matière de SSR - est impérative pour identifier les possibilités de financement collectif, définir les activités de réponse et créer des partenariats localisés pour la mise en œuvre du DMU. La mobilisation de partenariats par le système de groupes, de mécanismes inter-institutions (tels que l'IAWG et le comité permanent Interinstitutions au niveau

mondial et national, en particulier les Sous-Groupes de Travail de la SSR) avant et pendant une crise est cruciale pour garantir que les activités prioritaires du DMU et de la SSRA soient mises en œuvre dès le début d'une urgence. Il est important que les gestionnaires de la SSR s'engagent dans ces mécanismes de coordination et établissent des partenariats pour garantir la participation aux allocations de financement et à la logistique, en particulier la chaîne d'approvisionnement et les achats, et les allocations de ressources pour les kits d'urgence de santé reproductive, comme indiqué dans le DMU et le Manuel de Terrain Inter-institutions sur la Santé Reproductive en situations de Crise Humanitaire pour chacune des activités prioritaires. Les gestionnaires de la SSR devraient utiliser et se fonder sur les réseaux, plates-formes et groupes de travail techniques existants pour la programmation de la SSRA, ainsi que ceux établis avant la situation d'urgence.

Contribuer à la rédaction des propositions et à l'élaboration du budget : Une fois les perspectives de financement identifiées, les gestionnaires doivent contribuer à la rédaction des propositions et à l'élaboration du budget. Les donateurs ont différents modèles de proposition et de budget qui doivent être rigoureusement respectés. Les gestionnaires de la SSR peuvent utiliser les informations de l'Orientation & l'élaboration budgétaires pour développer une proposition de la SSRA et / ou intégrer les activités de la SSRA dans une plus large proposition humanitaire. Cette section fournit également des conseils aux gestionnaires sur le langage de proposition pour les programmes SSRA, des exemples d'activités, des indicateurs et des calendriers.

FACTEURS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA MISE EN ŒUVRE

Intégration de la SSRA

Il est peu probable que les propositions, en particulier pendant la phase d'urgence aiguë, soient soumises uniquement pour la SSRA. Il existe une plus grande possibilité pour la SSRA d'être intégrée dans une proposition de santé plus large, une proposition générale de la SSR, ou même une proposition de protection (comme la VBG ou la protection de l'enfant). N'oubliez pas qu'il est également important de diversifier au maximum votre base de donateurs!

Veuillez trouver deux exemples de propositions / appels pour la mobilisation des ressources de la SSRA dans les Annexes U et L'Annexe V. l'Annexe U apporte des explications sur le contenu à inclure dans les différentes sections d'une proposition de projet autonome de SSRA. L'Annexe V fournit des indications sur ce qu'il faut inclure dans les différentes sections d'un modèle de proposition de OCHA Flash Appeal.



Photo : Save the Children

Orientation & Directive Budgétaires

Un élément essentiel pour assurer la mise en œuvre d'une programmation de la SSRA de haute qualité est de prévoir un budget adéquat pour les effectifs et les activités.

MESSAGE CLÉ

Même lorsque la programmation de la SSRA croise d'autres programmes de santé ou de protection, il est impératif d'inclure des rubriques budgétaires distinctes pour la SSRA pour éviter toute nuisance au niveau des effectifs, de formations, de logistique, de réunions communautaires et d'autres activités de routine qui sont nécessaires pour avoir un impact positif sur les résultats de la SSRA.

Les programmes devraient utiliser les conclusions des évaluations de la SSRA pour concevoir leur structure des effectifs et leur budget. L'Annexe W fournit un tableau des questions d'orientation du Comité International de Secours pour l'utilisation des conclusions de l'évaluation de la SSRA afin de déterminer les besoins en effectifs et en budget.

L'Annexe X fournit un exemple de budget pour un programme de la SSRA. Le tableau comprend quelques unes des catégories budgétaires essentielles et quelques éléments indispensables de lignes budgétaires à soumettre pour un nouveau projet de SSRA. À noter, l'Annexe X contient les rubriques budgétaires minimales proposées. Les budgets du projet de SSRA augmenteront ou diminueront en fonction de la quantité de crédits disponibles et du champ d'application du projet.

Parallèlement au budget, les gestionnaires de la SSR devront fournir des notes budgétaires (également appelées textes ou justification), qui habituellement accompagnent les budgets pour décrire la rubrique budgétaire et les coûts. En fonction du donateur, il peut être nécessaire d'expliquer chaque rubrique ou catégorie budgétaire et de justifier l'inclusion des rubriques budgétaires dans le budget de la SSRA. L'Annexe Y fournit un échantillon de notes budgétaires pour un nouveau projet SSRA, avec des brèves explications des catégories budgétaires pour le budget figurant à l'Annexe X. Les notes budgétaires fournissent des indications sur les rubriques et les coûts associés.

MESSAGE CLÉ

Selon le DMU, les gestionnaires de SSR devraient planifier et budgétiser des services complets de la SSR, y compris des services pour adolescent.e.s, dans le cadre des interventions de soins de santé primaires. Cela signifie que les gestionnaires de la SSR devraient évaluer comment fournir l'ensemble complet des services de la SSRA, en incluant la prévention de la violence et les soins; la prévention et les soins liés aux infections sexuellement transmissibles (IST); les soins prénatals, les soins intra-partum et post-partum; l'éducation sexuelle complète; des conseils et la fourniture de contraception; la prévention des pratiques traditionnelles néfastes; et les soins liés à l'avortement sécurisé.

Mise en œuvre des programmes

Les gestionnaires de la SSR devraient soutenir leurs partenaires opérationnels en recevant une formation et des outils pour mettre en œuvre un programme de la SSRA avec succès. Le succès d'un projet de la SSRA, comme pour la plupart des projets, réside dans la planification et la coordination. Au début du projet de la SSRA ou lors du lancement de nouvelles activités de la SSRA, les gestionnaires de la SSR devraient organiser une réunion de lancement du programme pour faciliter une discussion ouverte et productive sur les résultats attendus et sur la forme de soutien technique de la SSRA dont ils pourraient avoir besoin. Les deux approches conventionnelles interdépendantes visant à renforcer la qualité des activités du programme sont la formation et la supervision de soutien des partenaires opérationnels (par exemple, les prestataires de soins cliniques, les agents de santé communautaires ou les OBC).

Les formations sont souvent menées au début d'un projet, ainsi que répétées tout au long du projet via des formations de remise à niveau. Les formations sont une première étape essentielle pour doter les professionnels de la connaissance et des compétences nécessaires pour lancer un projet de la SSRA (voir La formation et Le Renforcement des Capacités du Personnel pour le matériel de formation, les outils et les stratégies de formation). Il a été démontré que la forme la plus efficace d'enseignement et d'apprentissage est accomplie grâce à une supervision systématique de soutien.

La supervision de soutien est un processus qui aide le personnel des partenaires d'exécution à améliorer continuellement ses performances. Il est réalisé de manière respectueuse et non autoritaire en mettant l'accent sur l'utilisation des visites de soutien comme une opportunité pour améliorer les connaissances et les compétences du personnel travaillant à différents niveaux du Modèle Socio-Écologique. Des expériences dans divers pays variés, dont le Tchad, la République Démocratique du Congo, le Pakistan, la Somalie et le Yémen, ont démontré le succès de l'utilisation de la supervision de soutien pour améliorer la prestation de services.

De nombreux milieux utilisent le style traditionnel et autoritaire de supervision, qui est davantage axé sur le contrôle. Les différences entre une approche de contrôle et une approche de soutien à la supervision sont présentées dans le tableau 8. La supervision de soutien encourage la communication ouverte et bidirectionnelle, crée des approches d'équipe et facilite la résolution de problèmes. En d'autres termes, **« la supervision de soutien aide à faire fonctionner les choses, plutôt que de vérifier ce qui ne va pas . »** De plus amples informations sur la supervision de soutien sont fournies dans le programme de Formation des Cadres Intermédiaires de l'OMS. Le tableau 8 fournit également des indications supplémentaires sur les différentes approches de la supervision; la boîte à outils recommande l'approche de soutien.

Tableau 8 : l'Approche de Contrôle par rapport à l'Approche de Soutien

L'APPROCHE DE CONTRÔLE	L'APPROCHE DE SOUTIEN
• L'accent est mis sur la recherche de failles au niveau des individus • Le superviseur est comme un fonctionnaire de police • Résolution occasionnel de problèmes • Peu ou pas de suivi • Des mesures disciplinaires sont prises	• L'accent est mis sur l'amélioration des performances et à la création de liens • Plutôt comme un enseignant, un coach, un mentor • Utilisation des données locales pour surveiller les performances et résoudre les problèmes • Assurer un suivi régulier • Aucune mesure disciplinaire prise - seul le soutien est apporté pour améliorer le comportement

Les listes de vérification pour la supervision de soutien sont des outils essentiels pour la mise en œuvre du programme. La liste de vérification des Établissements de Santé de la SSRA — présentée au chapitre 6 avec l'Annexe H et l'Annexe I — peut être utilisée comme une évaluation initiale et comme une liste de vérification de supervision sur une base régulière (il est recommandé de la compléter tous les six mois). Les gestionnaires peuvent également consulter la Liste de Vérification de la Supervision de Soutien de l'IRC Supportive Supervision Checklist pour un autre outil permettant d'effectuer des visites de supervision. La boîte à outils fournit également un exemple de formulaire de plan d'action à l'Annexe Z qui peut être utilisé lors des visites de supervision, ainsi que pour l'élaboration, la conduite et la mise en œuvre des activités du programme

MESSAGE CLÉ

En contextos frágiles y restringidos, los administradores de SSR deben ser creativos al identificar cómo se pueden lograr las actividades de supervisión de apoyo cuando no se puede proporcionar apoyo en persona. Trabajar con la tecnología disponible y compartir y documentar la información en toda la región y otros países son herramientas útiles y rentables para lograr estos objetivos.

Qu'est-ce qu'un Plan d'Action ?

Un plan d'action donne au personnel du programme de la SSRA et aux partenaires opérationnels un aperçu du développement et de la planification des programmes de la SSRA. Les responsables de la SSR peuvent alors se référer à leur plan d'action pour suivre les progrès et mettre en évidence les activités spécifiques qui nécessitent une attention particulière (cela peut inclure des formations supplémentaires pour le personnel; l'acquisition de fournitures supplémentaires; et un engagement communautaire accru). Les activités incluses dans les plans d'action doivent être limitées dans le temps, c'est-à-dire qu'elles doivent comporter des dates auxquelles le personnel doit les réaliser. Un plan d'action indique également le membre de l'équipe responsable de l'activité, de sorte qu'un directeur de la SSR peut suivre directement avec le personnel assigné les progrès ou les défis. Le plan d'action de la boîte à outils à l'Annexe Z comporte une colonne pour la participation des adolescent.e.s - un thème qui a été mis en évidence tout au long du Guide Pratique et qui est essentiel à toutes les activités, y compris la conception et le suivi des programmes. Les responsables de la SSR doivent développer leurs plans d'action avec les prestataires de santé, les agents sanitaires communautaires et les représentants communautaires, y compris les représentants des adolescent.e.s / de la jeunesse, pour assurer l'adhésion collective et la responsabilité de l'avancement et de la durabilité du projet.



Photo : Tom Pilston



Photo : Save the Children

CHAPITRE 9 : CONCLUSION

Les responsables de la santé sexuelle et reproductive (SSR) ont fait des progrès substantiels dans l'amélioration de la visibilité et de la hiérarchisation des informations et des services de SSR aux adolescent.e.s (SSRA) dans les situations d'urgence humanitaire - comme en témoigne le grand nombre de documents d'orientation, de ressources et d'outils capturés dans cette boîte à outils. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour atteindre l'objectif principal de cette boîte à outils : permettre aux gestionnaires de SSR de proposer des programmes de SSR inclusifs et holistiques pour tous les adolescent.e.s - en partenariat avec les adolescent.e.s et leurs communautés - tout au long du cycle du programme et à chaque phase de le continuum humanitaire.

Les conseils, ressources et outils inclus dans cette boîte à outils fournissent des tremplins aux praticiens pour continuer à améliorer la communauté de pratique sur la manière de répondre avec succès aux besoins uniques de SSR des adolescent.e.s dans les situations d'urgence. Pour combler complètement les lacunes identifiées dans cette boîte à outils, le sous-groupe de travail SSRA du Groupe de travail inter- organisations sur la santé reproductive en cas de crise (IAWG) appelle les organisations humanitaires, les organisations et réseaux de jeunesse, les bailleurs de fonds et les agences gouvernementales, et le plaidoyer et les droits mondiaux en matière de SSR corps à base de continuer à viser plus haut. Continuer à générer plus de données factuelles sur les interventions SSRA dans les urgences humanitaires, continuer à repousser les limites en engageant et habilitant les adolescent.e.s et la jeunesse de manière créative et significative, et continuer à travailler pour faire progresser l'accès des adolescent.e.s à des services SSR de qualité, peu importe où ils vivent.

OUTILS ANNEXÉS

Annexe A : Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescent.e.s publiées par l'OMS	Annexe NNN : Copie du Formulaire de Référence pour l'Agence de Liaison
Annexe B : Principes pour la participation des jeunes	Annexe O : IRA pour SSRA
Annexe C : Prescriptions de base pour planifier la participation et l'engagement des jeunes	Annexe P : Questions d'Évaluation à Utiliser avec des Adolescent.e.s
Annexe D : Principales actions permettant d'améliorer l'engagement des jeunes dans le cycle de projet	Annexe Q : Questions d'évaluation à utiliser avec les membres de la communauté et les fournisseurs
Annexe E : Exemple d'exercice de CVTA pour les services de SSRA	Annexe R : Fiche de conseils pour le groupe focale pour la SSRA
Annexe F : Exemple de formulaire de référencement de service de santé de l'OMS	Annexe RR : Guide du groupe focale pour les SSRA
Annexe G : Outil de recensement des services SSR	Annexe S : Exemple de description d'emploi pour un coordinateur SSRA
Annexe H : Guide d'utilisation pour la liste de contrôle des services de santé SSRA	Annexe T : guide relatif à la SSRA des adolescent.e.s et adolescentes en situations d'urgence
Annexe I : Liste de contrôle SSRA du Centre de Soins	Annexe U : Échantillon de la proposition de projet autonome de SSRA
Annexe J : Liste de contrôle BERCER, adaptée aux situations de crise humanitaire	Annexe V : Modèle d'appel éclair de l'OCHA
Annexe K : Catalogue de ressources supplémentaires pour la prise en charge des victimes de VBG chez les adolescent.e.s survivants	Annexe W : Note explicative de facteurs à prendre en compte dans le programme
Annexe L : Caractéristiques Essentielles des Contrôleurs	Annexe X : Échantillon de budget pour un projet de SSRA
Annexe M : Outil multisectoriel pour l'intégration de la SSRA dans les interventions d'urgence	Annexe Y : Exemple de notes budgétaires pour le projet SSRA
Annexe N : Copie du formulaire de saisine de l'organisme de référence	Annexe Z : Formulaire du plan d'action
Annexe NN : Formulaire de Référence pour l'Exemplaire à la Clientèle	

ANNEXE A : Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescent.e.s publiées par l'OMS

Cet outil est présenté dans le Chapitre 2 : Feuille de route - utilisation de la boîte à outils SSRA. L'OMS a contribué à la création d'un consensus mondial pour le développement de normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescent (e) s. Chacune des huit normes mondiales convenues définit le niveau de qualité requis pour la fourniture de services.

Alphabétisation sanitaire des adolescent.e.s	**Norme 1 :** La structure de santé met en place des systèmes pour s'assurer que les adolescent.e.s disposent des connaissances quant à leur propre santé et savent où et quand faire appel aux services des santé.
Soutien communautaire	**Norme 2 :** La structure de santé met en place des systèmes pour s'assurer que les parents, tuteurs et autres membres de la communauté et organisations communautaires reconnaissent la valeur de la fourniture de services de santé apportés aux adolescent.e.s et du soutien de tel prestation et l'utilisation des services par les adolescent.e.s.
Un ensemble de services adaptés	**Norme 3 :** La structure de santé fournit un ensemble de services d'information, de conseil, de diagnostic, de traitement et de soins répondant aux besoins de tous les adolescent.e.s. Les services sont fournis au sein de l'établissement et par l'intermédiaire de réseaux de référence et de proximité.
Compétences des prestataires	**Norme 4 :** Les fournisseurs de soins de santé font preuve des compétences techniques nécessaires pour offrir des services de santé de qualité aux adolescent.e.s. Les fournisseurs de soins de santé et le personnel d'appui respectent, protègent et garantissent les droits des adolescent.e.s à l'information, à la vie privée, à la confidentialité, à la non-discrimination, à une attitude sans jugement et au respect.
Caractéristiques de la structure	**Norme 5 :** La structure de santé a des heures d'ouverture pratiques, présente un et un environnement propre et accueillant qui préserve la vie privée et la confidentialité. Il dispose des équipement, des médicaments, des provisions et des technologies nécessaires pour garantir la mise à disposition de prestations services à destination des adolescent.e.s.
Équité et non-discrimination	**Norme 6 :** La structure de santé fournit des services de qualité pour tous les adolescent.e.s sans tenir compte de leur capacité de paiement, leur âge, leur sexe, leur situation matrimoniale, leur niveau d'éducation, leur origine ethnique, leur orientation sexuelle ou d'autres caractéristiques.
Amélioration des données et de la qualité	**Norme 7 :** La structure de santé collecte, analyse et utilise des données sur l'utilisation des services et la qualité des soins, ventilées par âge et par sexe, afin de soutenir l'amélioration de la qualité des bénéfices. Le personnel de santé a été encouragé à participer à l'amélioration continue de la qualité.
Participation des adolescent.e.s	**Norme 8 :** Les adolescent.e.s participent à la planification, au suivi et à l'évaluation des services de santé et aux décisions concernant leurs propres soins, ainsi qu' à certains aspects appropriés de la fourniture de services.

Source : Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents (OMS, 2015).

ANNEXE B : Principes pour la participation des jeunes

Cet outil est présenté dans les Outils de participation section du chapitre 3 : Participation Utile. Cette ressource aide les implementeurs humanitaires à planifier la participation des adolescent.e.s et souligne les principes clés pour guider l'engagement des adolescent.e.s.

PRINCIPES	SIGNIFICATION
Transparent et informatif	Les jeunes doivent être informés de leur droit d'exprimer librement leurs opinions, en assurant que celles-ci seront dûment prises en considération. La participation doit être transparente et informative, ce qui signifie que les jeunes doivent recevoir des informations pertinentes, respectueuses de la diversité et adaptées à leur âge, sur leur participation, notamment sur le lieu de sa participation, son étendue, son objectif et son impact potentiel.
Volontaire	Les jeunes ne devraient jamais être amenés à exprimer une opinion contre leur gré et devraient être informés qu'ils peuvent mettre un terme à leur participation à tout moment.
Respectueux	Le point de vue des jeunes doit être traité avec respect, et il faut leur donner la possibilité de lancer des idées et des activités.
Pertinent	Les jeunes doivent avoir la possibilité d'exprimer leurs points de vue, sur des questions réellement importantes pour leur vie et de mettre à profit leurs connaissances, leurs compétences et leurs capacités.
Des environnements et des méthodes de travail adaptés aux jeunes	Il convient de prévoir le temps et les ressources nécessaires pour que les jeunes soient directement préparés et qu'ils aient la confiance et la possibilité d'exprimer leurs points de vue. Les personnes travaillant avec les jeunes doivent tenir compte de leur âge et de l'évolution de leurs capacités.
Inclusif	L'engagement et la participation doivent éviter les discrimination existantes, montrer une sensibilité culturelle aux jeunes de toutes les communautés et de tous les milieux, et encourager l'implication des jeunes particulièrement vulnérables, quel que soit leur genre.
Pris en charge par formation	Les adultes ont besoin de préparation, de compétences et de soutien dans des domaines tels que l'écoute, la collaboration avec les jeunes et l'engagement des jeunes en fonction de l'évolution de leurs capacités afin qu'ils soient équipés pour faciliter efficacement l'engagement des jeunes.
Sécurité et sensibilisation aux risques	L'expression d'opinions peut comporter des risques. Les adultes ont des responsabilités envers les jeunes avec lesquels ils travaillent et doivent prendre toutes les précautions pour réduire au minimum le risque pour un jeune d'être, du fait de sa participation, exposé à la violence, à l'exploitation ou à toute autre conséquence négative. Le travail avec les familles et les communautés peut permettre de mieux comprendre la valeur d'engagement et de minimiser les risques auxquels les jeunes pourraient autrement être exposés.
Responsable	Un engagement en faveur du suivi et de l'évaluation est essentiel. Les jeunes ont droit à un retour d'informations clair sur la manière dont leur participation a influencé les résultats. Le cas échéant, ils devraient avoir la possibilité de participer à des processus ou activités de suivi. Il importe de surveiller et d'évaluer la participation des jeunes en faisant, si possible, appel aux jeunes eux-mêmes.

Source : Boîte à outils pour l'engagement des adolescent.e.s et des jeunes (No Lost Generation, 2018).

ANNEXE C : Prescriptions de base pour planifier la participation et l'engagement des jeunes

Cet outil est présenté dans les Outils de participation section du chapitre 3 : Participation Utile. Cette liste présente les prescriptions et les questions correspondantes pour aider les implementeurs humanitaires à planifier l'engagement des adolescent.e.s.

1. La participation est transparente et informative

- ☐ Les jeunes bénéficient-ils de suffisamment d'informations sur le projet pour prendre une décision éclairée sur la manière dont ils peuvent participer et comment ?
- ☐ Les informations sont-elles partagées avec les jeunes dans une langue qu'ils peuvent comprendre ?
- ☐ Les rôles et les attributions de toutes les personnes concernées sont-ils clairs et bien compris

2. La participation est volontaire

- ☐ La participation des jeunes est-elle volontaire ?
- ☐ Les jeunes ont-ils eu suffisamment d'informations et de temps pour prendre une décision s'ils veulent participer ou non ?
- ☐ Peuvent-ils arrêter leur participation à tout moment sans subir les conséquences négatives à la suite de leur retrait ?

3. La participation est respectueuse

- ☐ Les jeunes ont-ils été impliqués dans la sélection des sujets abordés afin de s'assurer qu'ils sont pertinents pour leur vie ? Est-ce que les méthodes de travail avec les jeunes prennent en compte et s'appuient sur la culture locale des pratiques ?
- ☐ Le soutien d'adultes de référence dans la vie des jeunes a-t-il été obtenu pour garantir le respect de la participation des jeunes la participation populaire ?

4. La participation est pertinente

- ☐ Les sujets abordés et débattus résonnent-ils de manière réellement pertinente avec la vie des jeunes ?
- ☐ Les jeunes ressentent-ils une quelconque pression de la part des adultes pour participer à des activités qui ne les concernent pas à eux ?

5. Participation est adaptée aux jeunes

- ☐ Les approches et méthodes utilisées sont-elles adaptées aux jeunes ?
- ☐ Les méthodes de travail utilisées renforcent-elles la confiance en soi des jeunes d'âges, de sexes et de capacités différents et aptitudes ?
- ☐ Des lieux de rencontre adaptés aux jeunes sont-ils utilisés ? De tels lieux sont-ils accessibles aux enfants qui travaillent aux réfugiés, aux filles et aux jeunes en situation de handicap ?

6. La participation est inclusive

- ☐ Est-ce que les jeunes d'âges, de sexes et de milieux différents, y compris des jeunes avec un handicap, ou issus de différents groupes ethniques ont eu l'occasion de participer ?
- ☐ Le processus est-il inclusif et non discriminatoire ?
- ☐ Par leur participation, les jeunes sont-ils encouragés à s'attaquer à la discrimination ?

7. La participation est soutenue par des formations pour adultes

- ☐ Le personnel et les partenaires sont-ils accueillants envers les jeunes ?
- ☐ Le personnel a-t-il confiance en soi et les compétences nécessaires pour faciliter la participation des jeunes ?
- ☐ Les membres du personnel sont-ils capables de soutenir efficacement la participation des jeunes dans leur communauté ?
- ☐ Le personnel a-t-il la possibilité d'améliorer sa façon de travailler avec les jeunes ?

8. La participation est sûre et sensible aux risques

- ☐ Les jeunes sont-ils conscients des effets ou des conséquences potentielles de la participation ?
- ☐ Les jeunes, y compris les jeunes femmes et les autres groupes vulnérables, se sentent-ils en sécurité lorsqu'ils y participent ?
- ☐ Les risques ont-ils été identifiés, ainsi que les moyens d'assurer la sécurité des jeunes ?
- ☐ Les jeunes savent-ils à qui s'adresser pour obtenir de l'aide si leur participation leur donne un sentiment d'insécurité au projet ?

9. La participation est responsable

- ☐ Les jeunes sont-ils encouragés à participer aux processus de suivi et d'évaluation ?
- ☐ Les adultes prennent-ils au sérieux les points de vue et les suggestions des jeunes et y donnent-ils suite ou offrent-ils des justifications adéquates des raisons pour lesquelles ils ne peuvent pas être mis en œuvre ?
- ☐ Les jeunes reçoivent-ils des retours d'information de la part des organisations concernées concernant leurs demandes et leur suivi ?

Source : Boîte à outils pour l'engagement des adolescents et des jeunes (No Lost Generation, 2018).

ANNEXE D : Principales actions permettant d'améliorer l'engagement des jeunes dans le cycle de projet

Cet outil est présenté dans les Outils de participation section du chapitre 3 : Participation Utile. Cette ressource souligne les étapes nécessaires pour améliorer l'engagement des jeunes dans le cycle de projet.

Actions principales pour accroître l'engagement des jeunes dans le cycle de projet



ÉTAPES	INDICATEURS
Étape 1 : Effectuer des évaluations, recherches et analyses	• Effectuez une analyse de votre groupe cible (proposé) en mettant l'accent sur l'opportunité, la faisabilité et l'étendue de l'engagement des jeunes, dans son ensemble et par composante du programme • Soutenir la recherche menée par les jeunes dans le cadre de programmes destinés aux adolescent.e.s et aux jeunes • Soutenir les recherches en cours et la recherche de données probantes permettant d'élaborer des programmes et des services efficaces adaptés aux jeunes • Les données devraient être ventilées selon l'âge, le sexe et la capacité. L'évaluation devrait également examiner dans quelle mesure les programmes et services existants ont bénéficié à différents groupes de jeunes vulnérables • Évaluer les besoins spécifiques — y compris sous l'angle du genre — en consultant et en mobilisant les jeunes où qu'ils soient
Étape 2 : Élaboration du programme des méthodologies et des plans de programme et obtenir des budgets	• Faire en sorte que les jeunes s'approprient consciemment toutes les composantes du programme. Déterminez quels éléments sont les plus propices à l'engagement des jeunes pour votre groupe cible, et commencez par ceux-là. Revoyez et ajustez au fur et à mesure, en gardant toujours à l'esprit que c'est un processus long, mais qui en vaut la peine. • Affecter (par le biais d'une ligne budgétaire) un montant fixe ou un pourcentage des fonds annuels à l'engagement des jeunes. Identifiez au moins une personne dans le programme / organisation comme étant la personne à contacter. Cette personne est chargée de promouvoir l'engagement des jeunes dans l'organisation (organiser / conduire la formation, évaluer les niveaux d'engagement des jeunes, intégrer l'engagement des jeunes dans la Constitution). Évitez toute utilisation abusive de l'agenda pour accéder à des ressources humaines docile et bon marché. • Plan et budget établis en consultation avec les jeunes afin de garantir la transparence • Créer des espaces ouverts communs permettant aux jeunes et aux partenaires humanitaires de se rencontrer, d'écouter les jeunes et de rendre le programme pertinent pour eux • Envisager de donner à une délégation de jeunes un siège dans les réunions du programme, et / ou de former un groupe / une équipe de bénéficiaires pour réfléchir régulièrement à des idées de nouvelles activités
Étape 3 : Mettre en œuvre les programmes	• Impliquez les jeunes dans la mise en œuvre des programmes en tant que volontaires, personnel rémunéré et groupes de jeunes
Étape 4 : Mener des campagnes de sensibilisation entre pairs campagnes de sensibilisation	• Encouragez les jeunes à mener des campagnes de sensibilisation entre pairs, fondées sur l'action de recherche et la planification impliquant les jeunes • Peut également être lié à un programme de sensibilisation plus large

ÉTAPES	INDICATEURS
Étape 5 : Suivi des résultats	• Documentez, évaluez et ajustez les éléments de l'engagement des jeunes dans le programme. Déterminez les niveaux actuels et souhaités par composante et élaborez des plans d'action pour l'amélioration — y compris les outils et les mécanismes, les principaux partenaires, les tâches et les calendriers. • Réexaminez régulièrement le niveau d'engagement des jeunes. Attendez-vous à des niveaux différents et changeants en termes de capacité, de préparation et d'enthousiasme pour les approches coopératives.
Étape 6 : Évaluer les résultats	• Soutenez les évaluations menées par les jeunes sur les programmes destinés aux adolescent.e.s et aux jeunes, et notamment sur les programmes destinés aux adolescent.e.s et aux jeunes
Étape 7 : Plaidoyer pour le changement	• L'engagement des jeunes se développera au mieux dans un environnement propice où les principales parties prenantes — y compris les donateurs, la direction du programme et les membres du personnel — le promeuvent activement.

Source : Boîte à outils pour l'engagement des adolescent.e.s et des jeunes (No Lost Generation, 2018).

ANNEXE E : Exemple d'exercice de CVTA pour les services de SSRA

Cet outil est présenté dans la section sur les outils permettant de clarifier les valeurs du Chapitre 6 : Services et interventions de SSRA. Pour créer un environnement favorable, les activités et ateliers de clarification des valeurs et de transformation de l'attitude (CVTA) peuvent être menés avec de nombreuses parties prenantes sous différents formats et réunions. Vous pouvez adapter cette activité de CVTA pour refléter n'importe quel type de contexte humanitaire et consulter les boîtes à outils CVTA de l'Ipas pour d'autres activités de CVTA.

Exercice de clarification des valeurs : d'accord ou pas d'accord ?
Introduction Cette activité vise à aider les participants à réfléchir à leur niveau de facilité à discuter, plaidoyer, et / ou fournir des services adaptés aux adolescent.e.s. Les participants sont encouragés à réfléchir aux expériences qu'ils ont vécu et qui ont influencé leurs attitudes et niveaux de confort et la façon dont ils voient les normes en matière de soins sexuels et reproductifs des adolescent.e.s.

Objectifs
À la fin de cette activité, les participants devront être en mesure de :
• Expliquer leur avis concernant l'accès des adolescent.e.s à des services de santé reproductive;
• Défendre et expliquer, de manière respectueuse, des points de vue différents et parfois antagonistes;
• Expliquer différentes valeurs qui sont à la base d'avis variés sur la santé reproductive des adolescent.e.s;
• Discuter des moyens de garantir une norme professionnelle pour des services adaptés aux adolescent.e.s de qualité, quelles que soient les opinions personnelles;
• Matériel :
  • Affiches murales ou écrites à la main, étiquetés « D'accord » ou « Pas d'accord », à des coins séparés de la pièce
  • Scotch (pour accrocher les affiches au mur)

Durée : Une heure
Instructions : La personne qui anime l'activité de CVAT doit : 1. Expliquez l'objectif de l'exercice, à savoir examiner les ressentis, les attitudes et les valeurs concernant les adolescent.e.s et la santé reproductive, et la façon dont ces valeurs peuvent influencer la manière dont les agents de santé fournissent des soins aux patients adolescent.e.s. 2. Installez les deux affiches (d'accord, pas d'accord) sur le mur ou au sol. 3. Expliquez que vous allez lire cinq déclarations, une à la fois. Après chaque déclaration, les participants doivent se rendre dans un coin de la pièce selon s'ils sont d'accord ou pas d'accord avec la déclaration. Les participants doivent être honnêtes quant à leurs ressentis et ne doivent pas se laisser influencer par les positions des autres participants

4. Commencez l'exercice en suivant le document de **Contenu : Déclarations de Clarification des Valeurs**. Suivez le processus suivant pour chacune des cinq déclarations :
    a. Lisez la déclaration à haute voix et demandez aux participants de se rendre dans un coin de la salle selon s'ils sont d'accord ou pas d'accord avec la déclaration.
    b. Demandez à un participant de chaque côté de la pièce d'expliquer leur réponse et lancez une brève discussion après chaque déclaration pour encourager une réflexion approfondie. Veuillez noter que le but est d'encourager les participants à réfléchir à la façon dont leurs valeurs risquent d'impacter l'accès aux services et leur qualité, mais ils ne doivent pas se sentir sur la défensive dans leur réponse. Si un participant voudrait se rendre dans un autre coin de la pièce après avoir entendu les arguments de quelqu'un, alors il doit s'y rendre.
    c. En tant que facilitateur, vous devez être conscient que les réponses pour chacune de ces cinq déclarations peuvent varier si vous adaptez les déclarations à différents sous-groupes d'adolescent.e.s.
5. Une fois que vous avez lu les cinq déclarations, demandez aux participants de s'asseoir et lancez la discussion en suivant le document de **Contenu : Questions de Discussion**.

Contenu : Déclarations de Clarification des Valeurs

1. Les adolescent.e.s ne devraient pas avoir de rapport sexuel.
2. Les adolescentes ne devraient jamais avorter, quelle qu'en soit la raison.
3. Les parents d'un adolescent qui reçoit des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) doivent en être informés, que l'adolescent soit d'accord ou non.
4. Les conseils donnés aux adolescent.e.s doivent avant tout viser à ce que les adolescent.e.s s'abstiennent d'avoir des rapports sexuels.
5. Si je donne une contraception, c'est comme si j'encourageais l'adolescent à avoir encore des rapports sexuels.

Contenu : Questions de Discussion

Le but de cet exercice n'est pas de persuader les autres à adopter certaines positions, mais de s'écouter et de réfléchir à ce que nous pensons et ressentons au sujet de plusieurs questions.

- Avez-vous des observations au sujet de vos propres réponses à ces affirmations ?
- Qu'est-ce qui vous a surpris dans vos réponses ou dans les réponses des autres participants à ces affirmations ?
- Auriez-vous répondu différemment à ces affirmations si elles concernaient l'accès à des services de SSR pour les garçons ou pour des populations OSIG ?
- Quel est le lien entre votre position concernant ces affirmations et votre capacité à fournir des soins de qualité et de la bienveillance vis à vis des adolescent.e.s ?
- Utilisez ces questions pour encourager les participants à réfléchir davantage à la façon dont les opinions reflétées dans ces affirmations pourraient affecter la capacité des agents de santé à offrir des soins bienveillants aux adolescent.e.s;
    - Déclaration à lire #1 : Si un adolescent a des rapports sexuels, qu'ils soient consentis ou non, quel rôle peut jouer le prestataire pour veiller à ce qu'il reste en bonne santé ?
    - Déclaration à lire #2 : selon vous, pour quelle raison certains adolescent.e.s pourraient demander des services de SSR ? Pensez-vous que l'opinion d'un prestataire de services de SSR pourrait l'empêcher de traiter un patient qui a besoin de services et d'un traitement vital ? Comment les agents peuvent-ils aider les adolescentes à éviter de connaître une autre grossesse non désirée à l'avenir ?
    - Déclaration à lire #3 : selon vous, qu'est-ce qui encouragera vos patients à vous faire confiance et à revenir au centre de santé ? Si un prestataire de santé informe les parents de l'adolescent, est-ce que cela nuira à la confiance de l'adolescent envers l'e prestataire / le centre ?
    - Déclaration à lire #4 : il peut être difficile voire impossible pour une jeune personne de s'abstenir, pour plusieurs raisons. Comment pouvons-nous veiller à ce que ces jeunes restent en bonne santé s'ils ne peuvent pas s'abstenir ? Comment les fournisseurs peuvent-ils veiller à ce que les adolescent.e.s reçoivent les informations et les services dont ils ont besoin pour prendre leurs propres décisions ?
    - Déclaration à lire #5 : les recherches montrent que le fait de donner des informations précises et un moyen de contraception n'entraîne pas une augmentation de l'activité sexuelle chez les jeunes. Cela permet seulement de veiller à ce qu'ils se protègent s'ils choisissent d'avoir des rapports sexuels. En tant que prestataire de santé, comment pouvez-vous veiller à ce que l'adolescent ait une vie saine ?
- Comment pouvez-vous devenir un meilleur prestataire de santé SSR et d'autres services destinés à des patients adolescent.e.s ? Comment pouvez-vous veiller à ce que le droit des adolescent.e.s à bénéficier de soins de santé sexuelle et reproductive soit respecté et rempli ?

Messages Clés

L'inconfort des gens concernant les raisons d'une femme (concernant le fait d'avoir des rapports sexuels, une grossesse non désirée, un avortement) entraîne la mise en œuvre de politiques, de lois et de systèmes de fourniture de services de santé reproductive qui nient l'accès de certaines femmes à des soins de santé reproductive sûrs et de qualité. De ce fait, il est possible que les adolescentes mettent leur santé et leurs vies en danger pour obtenir des pratiques de SSR possiblement risquées ou qu'elles hésitent à demander des services disponibles. En d'autres termes, cela crée des disparités en matière de santé et des conséquences sanitaires parfois tragiques.

Veillez à ce que les participants comprennent que cette disparité dans l'accès à des soins de santé (planning familial, soins post-avortement, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles [IST]), est souvent basée sur des opinions personnelles et subjectives concernant les raisons « acceptable » et « non acceptables » autour de la grossesse et de la santé reproductive.

Nous avons une responsabilité professionnelle de nous assurer que les adolescent.e.s reçoivent un soutien et des services de qualité de santé reproductive. S'il nous est difficile de soutenir et d'assurer des services, nous devons être en mesure d'orienter les femmes vers des services sûrs.

Les adolescent.e.s peuvent avoir tendance à éviter les services de santé reproductive car ils ont peur d'être maltraités par les prestataires de soins ou le personnel. En temps que prestataires / personnel médical, nous devons nous assurer de traiter les femmes de façon professionnelle et respectueuse, quelque soit la raison pour laquelle elles souhaitent mettre fin à leur grossesse—même si ces raisons vont à l'encontre de nos croyances.

Sources : Adapté du du module de formation supplémentaire sur les soins après avortement adaptés à la jeunesse (Consortium SPA, 2012) et Clarification des valeurs et transformation des attitudes : transformation de l'attitude face à l'avortement : Activités de clarification des valeurs adaptées aux jeunes femmes (Ipas, 2013).

ANNEXE F : Exemple de Formulaire de Référence de Service de Soin de l'OMS

Cet outil est catalogué dans services basés sur les installations chapitre 6, section : Services SSRA & Interventions. Un système de référence efficace—où tous les niveaux du système de santé travaillent ensemble et ou l'action humanitaire et le système de coordination est impliqué—est essentiel pour permettre aux gens de recevoir l'assistance vitale dont ils ont besoin. Le modèle de référence ci-dessous, fourni par l'OMS, peut être adapté et utilisé lors de différents contextes humanitaires.

Formulaire de référence					
Nom de l'établissement :	**exemplaire original / copie**				
Parrainé par :	Nom :			Fonction :	
Établissement d'installation Nom et adresse :				Date de référence :	
Arrangements téléphoniques pris :	Oui	Non	Numéro de téléphone de l'établissement	Numéro de fax	
Référé à l'établissement Nom et Adresse :					
Nom du client					
Numéro d'identification			Âge :	Sexe : M F	
Adresse du client					
Antécédents médicaux					
Résultats					
Traitement administré					
Motif de la référence					
Documents référence d'accompagnement					
Nom en caractères d'imprimerie, date & signature	Nom :	Signature :		Date :	
Note à l'installation réceptrice : Une fois la gestion des clients terminée, veuillez remplir et détacher le bordereau de référence ci-dessous et l'envoyer avec le patient ou l'envoyer par fax ou par courrier.					

Retour de référence du nom de l'établissement		Numéro de téléphone		Numéro de fax	
Réponse de (Personne qui remplit ce formulaire)	Nom :			Date :	
	Fonction :	Spécialité :			
Au service de départ : (Entrez votre nom et adresse)					
Nom du client					
Numéro d'identification		Âge :	Sexe :	M	F
Adresse du client					
Ce client a été vu par : (donner le nom et la spécialité)				à la date :	
Antécédents du patient					
Enquêtes spéciales et conclusions					
Diagnostic					
Traitement / opération					
Traitement médicamenteux prescrit					
Veuillez poursuivre : (médicaments, prescription, suivi, soins)					
Vous référer à :				Vous référer à :	
Nom en caractères d'imprimerie, date & signature	Nom :	Signature :		Date :	

Source : adaptée de la Prise en charge d'établissements médicaux : système de référence (OMS).

ANNEXE G : Outil de recensement des services SSR

Il s'agit d'un outil référencé dans le Outils d'amélioration de la qualité des installations du chapitre 6 : Services SSRA & Interventions. Cet outils fourni un exemple et des notes sur comment remplir l'outil de recensement des services SSR ci-dessous adapté par Women's Refugee Commission.

Non.	Nom du prestataire de services	Services, Programmes & Activités Fournis	À qui s'adressent-elles ?	Obstacles à l'Inclusion des Adolescent.e.s	Qualité des services SSR	Remarques
	[fournir des informations sur l'organisation, localisation, et nom de la / du clinique / service / prestataire]	[fournir autant de détails que possible sur les services SSR programme offert sur ce site]	[décrire quelle partie de la population peut bénéficier de ces services sur ce site]	[étant donné que nous nous focalisons sur les services SSR pour adolescent.e.s, lister les difficultés que les adolescent.e.s sont susceptibles de rencontrer à recevoir les services complets SSR sur ce site]	[comme vu dans la section Outils d'établissement, utilisez la liste de contrôle des normes de qualité afin de contrôler la qualité des services SSR fournis sur ce site]	[toutes autres questions ou informations de suivi peuvent être incluses dans cette colonne]
1	Poste de santé UNFPa 1 dans le district Fantasia, Fantaziland	Fournit des contraceptifs conseils & produits de base; Services de dépistage, de traitement et de prévention des IST & du VIH; services essentiels de soins maternels et néonatals	Nouveaux nés Adolescent.e.s et jeunesse et jeunes femmes et hommes	Les lois locales impliquent le consentement parental pour toutes les adolescentes non mariées de moins de 18 ans; aucun service de soins post-avortement ne sont fournis dans cette clinique et ne sont disponibles que des méthodes de contraceptions efficaces sur le court terme	Les prestataires de services sont formés pour être aptes à délivrer des services aux adolescent.e.s, mais ils manquent de connaissances lorsqu'il s'agit de référer des services additionnels, tels que SPA et où obtenir des méthodes de contraception CRLDA	Faire un suivi avec les encadrants UNFPA pour comprendre si les méthodes SPA et / ou CRLDA doivent être rendues disponibles dans cette clinique, si non, s'assurer que la clinique sache qui consulter

Source : Outil de cartographie de la prestation de services : Réponse des réfugiés urbains (WRC, 2016).

ANNEXE H : Guide d'utilisation pour la liste des services de santé SSRA

Il s'agit d'un outil référencé dans le Outils d'amélioration de la qualité des installations du chapitre 6 : Services SSRA & Interventions. La liste de contrôle SSRA du centre de soins (Annexe I) peut servir d'intermédiaire pour évaluer la qualité des services SSRA fournis dans l'établissement; toutefois, les organisations sont également tenues d'utiliser les listes de contrôle de qualité de façon régulière.

Objectif : Cette liste est destinée aux managers SSR et managers des établissements de soins afin d'évaluer si la clinique ou l'établissement sont attentifs au respect des besoins SSR des adolescent.e.s. Cette liste peut également être utilisée pour les visites de supervision afin d'évaluer les progrès des étapes suivantes et le plan d'action qui précède l'évaluation initialement rendue par l'établissement, et l'apport d'informations pour la conception du programme et l'allocation du budget pour un nouveau projet.

Limites : L'utilisation de cet outil n'a pas été testée de façon approfondie. L'outil est destiné aux managers SSR afin d'évaluer les écarts de services SSRA, mais ne prend en compte que les observations faites à un moment donné—et peut donc présenter des résultats disparates.

Échéancier : Au prémisses de la réponse humanitaire, le contrôle (en utilisant la liste de contrôle) devrait être effectué tous les mois durant les trois premiers mois du programme et trimestriellement durant le reste de la première année de la mise sur pieds de l'établissement. Les années suivantes, les contrôles peuvent être effectués deux fois par an.

Instructions : les managers SSR et / ou les managers des centres de soins doivent pouvoir répondre à toutes les questions du formulaire afin de connaître l'évaluation de leur établissement. Ils doivent également pouvoir proposer des recommandations et implémenter les actions nécessaires. Pour toutes questions, notez « ✓ » dans la colonne « oui » ou « non », en fonction de votre réponse. Certaines questions sont déclinées sur plusieurs questions si vous répondez « oui », et dont la réponse sera à inscrire dans la section réservée aux commentaires.

Évaluer : Chaque « oui » compte comme un point. Additionnez les points des trois sections afin d'obtenir votre évaluation générale et le niveau de soin SSR fourni aux adolescent.e.s dans votre établissement.

Minimum : 16–24 points
L'établissement fourni le niveau minimum requis pour répondre aux besoins SSR des adolescent.e.s. L'établissement doit viser plus haut afin de répondre à l'ensemble des besoins des adolescent.e.s et fournir des efforts supplémentaires pour inclure les adolescent.e.s dans leur programme.

Bien : 25–34 points
L'établissement fourni un bon niveau d'informations et de services SSR en plus d'inclure les adolescent.e.s dans certaines des opérations dont l'établissement prend part.

Exceptionnel : 35–44 points
L'établissement fourni un niveau d'informations et de services SSR exceptionnel. Les adolescent.e.s sont très impliqués dans les opérations de l'établissement, ont des responsabilités, et participent aux effort de sensibilisation SSR.

Section propres aux conseils : Vous trouverez ci-dessous des instructions et des exemples de questions sur la liste des établissements qui peuvent nécessiter une aide ou des explications supplémentaires pour remplir le questionnaire.

Caractéristiques des établissements de santé :

Question # 9 sur les mécanismes de responsabilité / conformité : Nous parlons ici de mécanismes transparents et confidentiels pour les adolescent.e.s pour adresser leurs plaintes ou commentaires, ce qui inclut avoir un formulaire pour les adolescent.e.s traitant de leur expérience dans l'établissement / clinique qu'ils puissent remplir de façon anonyme; une assistance téléphonique que les adolescent puissent joindre pour partager leurs commentaires ou leurs plaintes; et / ou un entretient volontaire de sortie avec un membre du personnel qui n'enregistrera pas le nom de la personne ou tout autre information qui puisse l'identifier.

Caractéristiques du prestataire de services :

Question #1 sur la formation des prestataires de SSRA : La liste de contrôle vérifie si les prestataires de services / membres du personnel ont été formés sur comment conseiller et parler aux adolescent.e.s—ce qui est différent de comment conseiller et fournir des services à des femmes adultes. S'il n'y a pas de formations particulières ni de directives données au personnel sur comment parler aux adolescent.e.s, veuillez répondre « non » à cette question.

Question #3 sur des soins respectueux : Pour cette question, le directeur de SSR ou le manager de l'établissement de santé devra discuter avec les fournisseurs de services et poser des questions pour comprendre si le personnel fournit toutes les informations aux adolescent.e.s, indépendamment de leur âge, et ne cherchent pas à influencer les adolescent.e.s sur leurs choix en fonction de l'expérience et des attitudes des prestataires de soins. Le respect des adolescent.e.s et de leurs choix signifie que le personnel doit fournir des conseils globaux, parler de tous les choix possibles offerts aux adolescent.e.s, et délivrer les services que les adolescent.e.s demandent (même si le choix de l'adolescent n'est pas ce que le prestataire pense que l'adolescent devrait faire).

Question #6 sur le fait de consacrer suffisamment de temps aux rendez-vous avec les adolescent.e.s : Pour cette question, le directeur SSR ou le directeur du centre de soins devra discuter avec le fournisseur de soins à propos du temps accordé à ces rendez-vous. Est-ce que le prestataire de soins n'accordera que quelques minutes pour donner des conseils aux adolescent.e.s ? Ou seront-ils flexibles quant à la durée des rendez-vous afin de pouvoir répondre aux questions des patients, et particulièrement des adolescent.e.s ?

Caractéristiques du programme :

Question #2 sur les activités communautaires de mobilisation : Lors de conversations avec de jeunes volontaires, la liste de contrôle pose la question de savoir s'il s'agit d'adolescent.e.s ou jeunes adultes dans l'établissement qui parlent aux adolescent.e.s de façon à ce qu'ils puissent échanger avec une personne proche d'eux en terme d'âge et s'identifier à eux à travers leurs expériences. Cette jeunesse n'a pas besoin d'être des éducateurs ou conseillers officiels.

Source : Adapté de SSRA Boîte à outils pour situations de crise humanitaire (UNFPA, Save the Children, 2012).

ANNEXE I : Liste de contrôle SSRA du Centre de Soins

Il s'agit d'un outil référencé dans le Outils d'amélioration de la qualité des installations du chapitre 6 : Services SSRA & Interventions. La liste de contrôle SSRA du centre de soins aide le personnel humanitaire à contrôler les caractéristiques de leur établissement, les règles et les actions tout en répondant aux besoins SSR des adolescent.e.s.

Caractéristiques des établissements de santé				
		Oui	Non	Les suggestions incluaient suggestions d'amélioration et / ou commentaires
1.	L'établissement est-il accessible et situé à proximité à pied d'un lieu où les adolescent.e.s - de tous sexes - se rassemblent (centre jeunesse, espace adapté aux adolescent.e.s, école, marché, etc.) ? *Remarque : Définissez l'accessibilité et la proximité avec votre équipe locale avant d'utiliser la liste de contrôle et convenez de leur définition en fonction du contexte. Par exemple, tenez compte de l'insécurité ou des problèmes d'infrastructure pouvant rendre l'accès difficile.*			
2.	L'établissement est-il ouvert à des heures qui conviennent aux adolescent.e.s de tous genres (en particulier le soir ou le weekend) ? *Remarque : dans le cas où seulement des hommes ou seulement des femmes se rassemblent, cochez « non ».* *Veuillez vérifier les heures d'école pour les adolescent.e.s et les heures de soins.*			
3.	Existe-t-il des horaires de soins ou des espaces spécifiques réservés aux adolescent.e.s et les patients peuvent-ils se présenter sans rendez-vous ? *Remarque : Dans le cas où seuls les hommes ou seuls les femmes peuvent y accéder, cochez « non »*			
4.	La clinique organise-t-elle des camps médicaux mobiles et / ou des activités communautaires pour les services de SSR pour les adolescent.e.s ? *Remarque : Si oui, décrivez l'ensemble spécifique d'activités, leur fréquence, et si elles sont fournies gratuitement ou non*			
5.	Les services de SSR sont-ils offerts gratuitement aux adolescent.e.s ?			
6.	Les temps d'attente sont-ils très courts (moins de 30 minutes) ou courts (moins d'une heure) ? *Remarque : Cochez « oui » si la durée d'attente est inférieure à une heure. Spécifiez si la durée d'attente moyenne est inférieure à 30 minutes ou une heure.*			
7.	Si les adultes et les adolescent.e.s sont traités dans ce centre de soins, existe-t-il un espace séparé et discret réservé aux adolescent.e.s afin de garantir le respect de leur confidentialité ?			
8.	Les salles où les conseils et les soins sont offerts, garantissent-ils la confidentialité du patient (aussi bien visuelle qu'auditive) ?			
9.	Y a-t-il un mécanisme de responsabilité / conformité concernant les renvois sur les services SSR au centre de soins ?			
10.	Y a-t-il un système de gestion des données (ex : système de gestion des informations de santé) qui inclue des données ventilées par âge, tel que souligné dans les modèles internationaux de groupes d'adolescent.e.s (ex : données triées par différentes tranches d'âge : 10–14, 15–19 ans) ? *Remarque : demandez les rapports mensuels des établissements de santé soumis au MS, aux organisations non-gouvernementales (ONG) ou à une autre entité qui gère l'établissement de santé.*			
11.	A. Le personnel conserve-t-il les données des personnes handicapées ? *Note : Cela peut être fait en utilisant Washington Group Questions.* B. La clinique est-elle accessibles aux personnes handicapées (ex : est-elle munie d'une rampe pour fauteuil roulant) ? *Remarque : Cochez « oui » si les réponses à A & B sont « oui ». Une personne handicapée est considérée comme telle dès lors qu'elle présente un handicape physique ou mental qui limite une ou plusieurs de ses principales activités quotidiennes. Par exemple, l'établissement dispose-t-il de rampes ou d'autres équipements garantissant la mobilité des personnes handicapées, y compris celle des adolescent.e.s, au sein des services de l'établissement ?*			

12.	Les services de SSR permettent-ils aux jeunes hommes d'accéder aux services ? *Par exemple, les services de SSR sont-ils disponibles en dehors de la maternité ?*			
13.	Les préservatifs masculins sont-ils accessibles pour les jeunes garçons ou filles, dans un endroit discret, tel que les toilettes ? *Remarque : sélectionnez « non » si les préservatifs sont uniquement disponibles pour les garçons ou uniquement pour les filles. Ou si les préservatifs sont uniquement disponibles auprès des fournisseurs de soins.*			

Au minimum :
Répondez « oui » aux questions 5, 8, 9, 10, et 13.

Caractéristiques du prestataire de soins

		Oui	Non	Les suggestions incluaient suggestions d'amélioration et / ou commentaires
1.	Au cours de l'année passée, tous les prestataires de services ont-ils été formés afin d'être aptes à fournir des services de SSR aux adolescent.e.s, qui impliquent adopter une attitude bienveillante, montrer de l'empathie, écouter activement et donner des conseils adaptés considérant l'âge du patient ?			
2.	Au cours de l'année passée, tous les membres du personnel (réceptionniste, agents de sécurité, agents de santé communautaires, agents de nettoyage, etc.) ont-ils eu pour objectif de fournir des services confidentiels et adaptés aux adolescent.e.s ?			
3.	Sur la base de vos observations lors de cette visite, les membres du personnel font-ils preuve de respect vis-à-vis des adolescent.e.s et de leurs choix ?			
4.	Sur la base de vos observations lors de cette visite, les prestataires garantissent-ils la confidentialité des patients ? *Remarque : Si oui, donnez des exemples illustrant le fait que la confidentialité des patients est respectée, dans la sections réservée aux commentaires.*			
5.	Sur la base de vos observations lors de cette visite, les prestataires de soins garantissent-ils la confidentialité des patients ?			
6.	Les fournisseurs réservent-ils suffisamment de temps pour les interactions patient-prestataire de soins, en s'assurant notamment que le patient obtient une réponse précise à chacune de ses questions ?			
7.	Existe-t-il des prestataires de soins (hommes et femmes) disponibles pour fournir des services SSR dans cet établissement ?			
8.	Au cours de l'année écoulée, les prestataires de soins de santé ont-ils été évalués à l'aide de listes de contrôle des normes de qualité ?			

Au minimum :
Répondez « oui » aux questions 3, 4, et 5.

Caractéristiques du programme

		Oui	No	Les suggestions incluaient suggestions d'amélioration et / ou commentaires
1.	Les représentants des adolescent.e.s participent-ils aux réunions mensuelles du personnel des établissements de santé, si elles existent ?			
2.	Les activités de mobilisation communautaire sur la SSRA sont-elles liées aux établissements de santé (agents de santé communautaires, bénévoles de la jeunesse etc.) ?			
3.	Les adolescent.e.s sont-ils impliqués dans les mécanismes d'assurance qualité pour améliorer les résultats de santé des adolescent.e.s ? *Par exemple, les adolescent.e.s sont-ils impliqués dans la collecte de données et de preuves et / ou dans l'examen de données qualitatives et quantitatives ?*			
4.	Les adolescent.e.s sont-ils impliqués dans la conception ou la mise en œuvre des mécanismes de retours d'information ? *Par exemple, les adolescent.e.s participent-ils à la collecte ou à la communication des informations en retour pour l'établissement ?*			

5.	Existe-t-il des directives écrites visibles dans l'établissement de santé qui indiquent que les adolescent.e.s n'ont pas besoin du consentement parental pour recevoir des services de SSR ? *Remarque : Assurez-vous que des formulaires de consentement adéquats sont disponibles dans les contextes où le consentement parental est obligatoire.*			
6.	Les adolescent.e.s peuvent-ils consulter pour l'ensemble des services de SSR de l'établissement sans le consentement de leurs parents ou de leur partenaire ? *Remarque : Ces services comprennent toutes les formes de contraception, les soins post-avortement, les soins liés à l'avortement sécurisé, le dépistage et le traitement des IST / VIH, les services de santé de la mère et de l'enfant (SME) et la violence basée sur le genre (VBG).*			
7.	¿El centro tiene los insumos básicos para al menos tres métodos de anticoncepción (incluido un método de acción prolongada) ? *Por ejemplo, ¿los insumos de SSR, entre los que se incluyen los métodos de planificación familiar, están disponibles en centros educativos, espacios seguros, sanitarios y otros lugares donde se reúnen los jóvenes ?*			
8.	Des méthodes contraceptives modernes et des conseils sont-ils proposés aux adolescent.e.s dans cet établissement ? *Remarque : Si oui, veuillez indiquer combien de patients adolescent.e.s ont reçu des services au cours des trois derniers mois dans la section commentaires. Les méthodes contraceptives modernes comprennent les préservatifs, la contraception d'urgence, les pilules, les injectables, les implants et les dispositifs intra-utérins.*			
9.	Des services de traitement et de prévention des IST sont-ils proposés aux adolescent.e.s dans cet établissement ? *Remarque : Si oui, veuillez indiquer combien de patients adolescent.e.s ont reçu des services au cours des trois derniers mois dans la section commentaires.*			
10.	Des services de conseil et de dépistage du VIH sont-ils proposés aux adolescent.e.s dans cet établissement ? *Remarque : Si oui, veuillez indiquer combien de patients adolescent.e.s ont reçu des services au cours des trois derniers mois dans la section commentaires.*			
11.	Des services de soins pré-nataux et post-nataux sont-ils offerts aux adolescent.e.s dans cet établissement ? *Remarque : Si oui, veuillez indiquer combien de patients adolescent.e.s ont reçu des services au cours des trois derniers mois dans la section commentaires.*			
12.	Des services de soins d'accouchement sont-ils offerts aux adolescent.e.s dans cet établissement ? *Remarque : Si oui, veuillez indiquer combien de patients adolescent.e.s ont reçu des services au cours des trois derniers mois dans la section commentaires.*			
13.	Des soins liés à l'avortement sécurisé, y compris des soins post-avortement, sont-ils offerts aux adolescent.e.s dans cet établissement ? *Remarque : Si oui, veuillez indiquer combien de patients adolescent.e.s ont reçu des services au cours des trois derniers mois dans la section commentaires.*			
14.	L'établissement maintient-il, au minimum, un approvisionnement de trois mois en produits de SSR ? *Remarque : Cela comprend les produits contraceptifs modernes, les produits et équipements d'avortement, les fournitures et équipements d'accouchement, et les produits contre les IST (prophylaxie post-exposition [PPE], antirétroviraux [ARV], etc.).*			

15.	Des protocoles cliniques écrits pour la fourniture de services de santé et de SSR spécifiques aux adolescent.e.s sont-ils disponibles dans l'établissement ? *Par exemple, les protocoles cliniques qui fournissent des conseils aux prestataires décrivant les politiques juridiques du pays, les normes de qualité clinique pour servir les adolescent.e.s et les conseils aux personnes qui s'opposent consciencieusement à la contraception et à l'avortement.*			
16.	Existe-t-il du matériel éducatif, des affiches ou d'autres supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur la SSR adaptés à un public adolescent ? Comment les distribue-t-on ? *Par exemple, les adolescent.e.s apparaissent-ils sur les affiches ou le matériel de vulgarisation utilisés pour l'éducation à la santé ?*			
17.	Existe-t-il des mécanismes de référence fonctionnels entre les services de santé, les soins liés à l'avortement sécurisé et les services de protection de l'enfance, y compris les services de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) et les services de prise en charge clinique des viols dans les cas de VBG ? *Par exemple, l'établissement utilise-t-il des cartes de référence spécifiquement destinées aux adolescent.e.s ?*			
18.	Existe-t-il des mécanismes de référence fonctionnels entre les services de santé et l'éducation ?			
19.	Existe-t-il des mécanismes de référence fonctionnels entre les services de santé et de nutrition ?			
20.	Existe-t-il des mécanismes de référence fonctionnels entre les services de santé et de SMSPS ?			
21.	Existe-t-il des mécanismes de référence fonctionnels entre les services de santé et les organisations de lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels, queers, intersexuels et asexuels+ (LGBTQIA+) ?			
22.	Existe-t-il des mécanismes de référence fonctionnels entre les services de santé et les organisations de personnes handicapées ?			
23.	Existe-t-il des mécanismes de référence fonctionnels entre les plateformes communautaires, les services de santé et les services de lutte contre la VBG dans les cas d'avortement ?			

Au minimum :

- Le programme doit inclure les adolescent.e.s dans au moins une composante du cycle du programme (conception, mise en œuvre, évaluation) : concerne les questions 1, 2, 3 et 4 (il faut au minimum avoir répondu « oui » à l'une de quatre questions);
- Répondre « oui » aux questions 7, 8, 9, 12, 13, 14 et 17.

Sources : Adapté de la Boîte à outils SSRA pour les contextes humanitaires (UNFPA, Save the Children, 2012), Outil d'évaluation clinique des services adaptés aux jeunes (Pathfinder International, 2002), et l'expérience de terrain du Sous-groupe de travail IAWG SSRA. Informations sur le handicap : Quelle est la définition du handicap selon l'ADA ? (Réseau national ADA, 2020) et Séries de questions (Groupe de Washington sur les statistiques du handicap, 2020).

ANNEXE J : LA LISTE DE CONTRÔLE BERCER, adaptée aux contextes humanitaires

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Outils & Ressources de Conseil du chapitre 6 : Services & interventions SSRA. Il existe de nombreux types d'outils de conseil similaires à la liste de contrôle BERCER qui peuvent être adaptés pour répondre aux besoins des adolescent.e.s. L'outil ci-dessous est destiné aux services de conseils sur la contraception, mais peut être transposé à d'autres services de SSR. On l'a adapté pour inclure des considérations à l'intention des prestataires de services pour les patients adolescent.e.s.

Liste de contrôle pour le conseil en matière de contraception des adolescent.e.s

- À utiliser par la personne prestataire de services comme un guide d'apprentissage pour la pratique;
- À utiliser par la personne en charge des formations à la fin du cours pour l'évaluation des compétences;
- À utiliser par le personnel en charge de la supervision lors de la supervision de soutien dans les établissements de santé.

Placez un « ✓ » dans la case si l'étape / la tâche est exécutée de manière satisfaisante, un « ✗ » si elle n'est pas exécutée de manière satisfaisante ou si elle n'est pas respectée, « N / A » si l'étape n'est pas requise.

Satisfaisant : Effectue l'étape ou la tâche conformément à la procédure type ou aux directives.

Insatisfaisant : Ne parvient pas à effectuer l'étape ou la tâche conformément à la procédure type ou aux directives. (De nombreuses étapes / tâches suivantes doivent être effectuées simultanément)

Nom de la personne prestataire de services :

ÉTAPE / TÂCHE	PATIENTES (P) [ex. patiente 1 = P1]					COMMENTAIRE
[écrire la date sous chaque numéro de la patiente]	P1	P2	P3	P4	P5	
ACCUEIL						
6. Accueille avec respect et gentillesse, se présente à la patiente adolescente. ***La personne prestataire de services s'assure qu'elle dispose de suffisamment de temps (plus de temps) pour la patiente adolescente.***						
7. Engage la conversation avec l'adolescente en lui posant quelques questions simples & accueillantes, sans lien avec l'objectif de la visite : ***Comment tu te sens ? Comment va ta famille ? Qu'est-ce que t'aime faire pour t'amuser ?***						
8. Demande à la patiente comment on peut l'aider.						
9. Rassure l'adolescente sur le fait que toute information communiquée lors de la consultation est privée et confidentielle, et explique de manière simple ce que cela veut dire. ***Par exemple, « ce que tu dis dans cette salle restera entre nous ». Encourage l'adolescente à parler librement de ses préoccupations.***						
10. Explique ce qui va se passer pendant la visite.						
DEMANDER						
11. Écoute activement—en montrant de l'intérêt pour l'adolescente. ***Cela comprend le fait de s'asseoir dans une position où l'adolescente peut choisir d'établir un contact visuel. La personne prestataire doit maintenir un contact visuel à tout moment.***						
12. Utilise un langage non sexiste et non stigmatisant. **Ne porte pas de jugement, ne pose pas de questions inappropriées et ne montre pas d'attitude non verbale négative lorsque l'adolescente parle.**						
13. Demande à l'adolescente ce qu'elle sait de la contraception et s'elle a déjà utilisé une méthode contraceptive; dans l'affirmative, comment elle a utilisé la méthode et s'elle a des inquiétudes à ce sujet. ***Si la patiente est une très jeune adolescente, vous pouvez commencer par lui demander s'il / elle comprend les changements qui se produisent dans son corps, plutôt que de lui expliquer ce qu'est la planification familiale ou la contraception.***						

9. Interroge l'adolescente sur ses objectifs de vie, puis sur ses objectifs en matière de reproduction - et lui fait savoir comment la contraception peut aider à atteindre ses deux objectifs • Qu'aimerait-elle faire à l'avenir ? A-t-il elle l'intention d'aller à l'école ? Pour combien de temps et pour quelle carrière ? • S'elle n'a pas d'enfants : veut-elle avoir des enfants ? • S'elle a des enfants : combien d'enfants (de plus) veut-elle ? • Est-elle intéressée à espacer les grossesses (si oui, pour combien de temps) ou à l'empêcher complètement ?						
10. Vérifie les complications médicales (antécédents, date de la dernière menstruation, etc.), utilise correctement les critères d'éligibilité médicale et réfère l'adolescente à une évaluation médicale si nécessaire.						
11. Demande au sujet des préoccupations que l'adolescente aimerait partager.						
DIRE						
12. Fournit brièvement des informations générales sur toutes les méthodes contraceptives disponibles, y compris l'efficacité, les problèmes ou complications possibles, les effets secondaires et leur prise en charge, les avantages et les inconvénients, les besoins éventuels de protection contre les IST / VIH et la différence entre la contraception réversible et permanente. ***Il existe de nombreuses méthodes sûres et efficaces pour les adolescentes***						
13. Utilise des photos / des fiches signalétiques / des éléments visuels pour conseiller et expliquer les méthodes contraceptives lorsque cela est possible, s'exprime dans des termes qui conviennent aux adolescent.e.s et évite les terminologies techniques pendant la discussion.						
AIDER						
14. Encourage l'adolescente à poser des questions. Répond à ses questions.						
15. Identifie et répond aux craintes et à la désinformation que l'adolescente peut avoir concernant la contraception et d'autres problèmes de santé sexuelle et reproductive.						

EXPLIQUER						
16. Rassure l'adolescente sur les effets secondaires mineurs qu'elle peut ressentir et les traite si nécessaire.						
17. Demande si l'adolescente a des questions finales.						
18. Fournit la méthode / organise la procédure (si elle est choisie).						
VISITE DE RETOUR						
19. Prend un rendez-vous de retour pour l'adolescente si nécessaire et rassure l'adolescente sur le fait qu'elle peut revenir pour une visite pour n'importe quelle raison.						
Entrer le total de « ✓ »						
Entrer le total des étapes (supprimez le « N / A », le cas échéant)						
SCORE Calculer le pourcentage : Score = $\frac{\text{Total de "✓"}}{\text{Total des étapes X 100}}$ = ...%						

.....

.....

.....

.....

RAPPEL		
EXCELLENT	**BIEN**	**PASSABLE**
score de la liste de contrôle > = 90%	90% > score de la liste de contrôle > = 80%	score de la liste de contrôle < 80%

Source : Adapté du GATHER Guide to Counseling (Rapports de la population, 1998).

ANNEXE K : Catalogue de ressources supplémentaires pour la prise en charge des victimes de la VBG chez les adolescent.e.s ayant survécu

Cette Annexe est référencée dans la section Conseil aux adolescent.e.s ayant survécu à la VBG section du chapitre 6 : Services et interventions de SSRA. En plus du DMU et Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive dans les contextes humanitaires, ce catalogue de ressources fournit une variation de ressources supplémentaires basées sur des preuves que les intervenants humanitaires peuvent utiliser pour fournir des services de lutte contre la violence basée sur le genre (VBG) aux adolescentes ayant survécu. Remarque : Ce catalogue n'est pas une liste complète de toutes les ressources disponibles.

Description	Source
Les soins cliniques pour les personnes ayant survécu à l'agression sexuelle est un programme éducatif en ligne visant à améliorer les soins cliniques et le traitement général des prestataires de soins aux victimes d'agressions sexuelles.	IRC (2014)
La convention relative aux droits de l'enfant est un traité sur les droits de l'homme qui décrit les droits civils, politiques, économiques, sociaux, sanitaires et culturels des enfants.	ONU (1989)
Les directives du Réseau des intervenants sur la VBG pour la prise en charge des enfants ayant survécu fournissent des directives et des outils testés sur le terrain pour le personnel de santé et psychosocial travaillant avec les enfants ayant survécu de l'abus sexuel dans les contextes humanitaires.	IRC (2014)
Outil d'assurance de la qualité basée sur le genre : soins de santé pour les femmes victimes de violence. Un manuel clinique vise à fournir des normes pour la fourniture de soins post violence de haute qualité dans les établissements de santé.	OMS (2018)
Les directives pour l'intégration des interventions en matière de violence basée sur le genre dans l'action humanitaire contiennent des informations sur la réduction des risques, la promotion la résilience et l'aide au relèvement, et fournissent des points d'entrée pour l'intégration de la VBG dans d'autres secteurs humanitaires.	IASC (2019)
Le guide d'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire vise à fournir des principes directeurs pour une meilleure inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire.	IASC (2019)
Les normes minimales IASC sur la VBG incluent des conseils sur les services de la violence basée sur le genre (VBG) pour les personnes d'orientation sexuelle diverse et L'identité et l'expression de genre (OSIG) ainsi que des conseils spécifiques pour les enfants ayant survécu, les adolescent.e.s filles et garçons.	IASC (2019)
La note d'orientation sur l'inclusion de l'IRC fait partie de l'urgence de la VBG Modèle d'intervention et de préparation du Comité International de Secours (IRC), et cette note d'orientation fournit des approches pour les femmes et les filles de diverses populations OSIG.	IRC (2019)
Les Normes Minimales pour la Protection de l'Enfant dans l'Action Humanitaire est un ensemble de normes qui doivent être respectées dans les activités de coordination et les services d'orientation par les acteurs de SSR.	L'Alliance pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire (2019)
Fournir des services et des soins inclusifs aux personnes LGBT est un guide destiné à aider le personnel de santé à offrir un environnement positif, inclusif et respectueux pour tous les clients, en mettant l'accent sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT).	Centre national d'éducation à la santé pour les LGBT (2016)
« Premiers secours psychologiques : Guide pour le personnel qui travaille sur le terrain » de l'organisation mondiale de la santé (OMS) fournit des outils et des informations sur la façon de fournir PFA de manière responsable envers les personnes touchées par les crises.	OMS (2011)
Répondre à la violence du partenaire intime et à la violence sexuelle à l'égard des femmes : les directives cliniques et politiques de l'OMS sont destinées aux prestataires de soins de santé pour répondre à la violence du partenaire intime et à la violence sexuelle contre les femmes.	OMS (2013)
Manuel de formation aux premiers secours psychologiques pour les personnes qui s'occupent d'enfants, publié par Save the Children vise à développer des aptitudes et des compétences qui aideront le personnel de protection de l'enfance à réduire la détresse initiale des enfants qui ont récemment été exposés à un événement traumatisant.	Save the Children (2013)
Renforcer les systèmes de santé pour répondre aux besoins des femmes victimes de violence : Un manuel destiné aux responsables de la santé vise à renforcer les systèmes de santé et à leur permettre de fournir des services confidentiels, efficaces et axés sur les femmes victimes de violence.	OMS (2017)
La Déclaration universelle des droits de l'homme est un document de référence en matière de droits de l'homme pour la protection de l'humanité tout entière.	ONU (1948)
Les femmes et les jeunes handicapés : Directives pour la fourniture de services basés sur les droits et sensibles au genre pour combattre la violence basée sur le genre et la santé et les droits sexuels et reproductifs fournit des directives de base sur la VBG et la SSR.	OMS (2018)
Directives cliniques de l'OMS : Répondre aux enfants et adolescent.e.s qui ont été victimes d'abus sexuels vise à fournir des recommandations fondées sur des données probantes pour des soins cliniques de qualité pour les enfants et les adolescent.e.s qui ont ou pourraient avoir été soumis aux abus sexuels.	OMS (2017)
Manuel clinique de l'OMS à l'intention des prestataires de soins sur la violence sexuelle présente les meilleures pratiques des professionnels de santé pour fournir des soins aux personnes ayant survécu à la VBG.	OMS (2013)

ANNEXE L : Caractéristiques essentielles du personnel en charge de la supervision

Cette Annexe est référencée dans la section Services communautaires et plates-formes de sensibilisation du chapitre 6 : Services et interventions SSRA. La Fédération Internationale du Planning Familial (IPPF) présente les caractéristiques essentielles du personnel en charge de la supervision pour le mentorat de la jeunesse. Il est tout aussi important, pour recruter le bon personnel en charge de la supervision, de s'assurer que les organisations mettent en œuvre des politiques et des mesures appropriées de sauvegarde des enfants, ainsi que d'autres dispositions visant à garantir la sécurité et la protection des adolescent.e.s.

Connaissances / expérience sur les questions / les domaines suivants	**Compétences nécessaires dans les domaines suivants**	**Les attitudes à corriger / à encourager**
• Des services de qualité • Les besoins des jeunes • Les problèmes SSR • Les questions liées au genre • Les approches fondées sur les droits	• Développement du programme • Inspirer les jeunes • Les compétences de coaching / mentorat • Créativité—réfléchir en dehors des sentiers battus • Sens de l'humour • Capacité à travailler avec la jeunesse de différentes origines culturelles, socio-économiques et ethniques et d'orientations sexuelles différentes • Excellentes aptitudes en communication et en animation	• Proactivité, attitude positive • Respect envers les jeunes • Attitude sans jugement • Engagement aux buts et objectifs du programme

Source : Inclus Impliqué Inspiré : Un cadre pour les programmes d'éducation par les pairs chez les jeunes (IPPF, 2007).

ANNEXE M : Outil multisectoriel pour l'intégration de la SSRA dans les interventions d'urgence

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Outils de création de liens multisectoriels du chapitre 6 : Services et interventions SSRA. 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. Cet outil fournit des exemples d'activités de SSRA que les managers SSR devraient préconiser pour les intégrer dans chaque secteur humanitaire. L'outil propose également des activités spécifiques pour atteindre les adolescent.e.s à risque accru avec des informations et des services de SSR (en gras). Sous le tableau des exemples multisectoriels se trouve un modèle que les responsables de la SSRA peuvent utiliser lorsqu'ils discutent des possibilités de SSR avec d'autres membres du personnel du secteur, y compris les questions à utiliser pour guider ces conversations (en haut du modèle).

Objectif	Cet outil est destiné à aider les responsables SSR à identifier les moyens d'intégrer les activités de SSRA dans tous les secteurs humanitaires, y compris les moyens d'atteindre les sous-groupes d'adolescent.e.s à risque accru.
Orientations	Cet outil fournit des exemples d'activités de SSRA que les managers SSR devraient préconiser pour les intégrer dans chaque secteur humanitaire. L'outil propose également des activités spécifiques pour atteindre les adolescent.e.s à risque accru grâce à des informations et des services de SSR (en gras). Sous le tableau des exemples multisectoriels se trouve un modèle que les directeurs de la SSR peuvent utiliser lorsqu'ils discutent des possibilités de SSRA avec d'autres membres du personnel du secteur, y compris les questions à utiliser pour guider ces conversations (en haut du modèle).
Vulnérabilité des adolescent.e.s	Les adolescent.e.s sont un groupe hétérogène d'individus qui ont des besoins et des préoccupations uniques et peuvent être victimes de discrimination en raison de leur âge, sexe, identité de genre, handicap, orientation sexuelle et diversité corporelle. Ainsi, les programmes de SSRA doivent être adaptés aux besoins individuels et aux facteurs de risque des adolescent.e.s ayant besoin d'une assistance en matière de SSR. Une mentalité de « taille unique » ne sera pas efficace pour répondre aux besoins SSR des adolescent.e.s, en particulier ceux qui se trouvent dans les circonstances les plus difficiles — une crise humanitaire. Les programmes de SSRA doivent viser à atteindre tous les adolescent.e.s, avec une attention particulière sur les sous-groupes d'adolescent.e.s qui sont exposés à un risque accru lors des urgences humanitaires. Il s'agit notamment, mais pas exclusivement, des éléments suivants : • Des adolescentes enceintes • Les adolescent.e.s en situation de handicap • Les adolescent.e.s ayant des besoins divers en matière de SSR (y compris les groupes autochtones, ceux qui vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine [VIH], ceux qui s'identifient comme lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels, queer, intersexuels, asexuels+ [LGBTQIA+]) • Les adolescent.e.s chefs de famille

Exemples d'activités multisectorielles par secteur humanitaire

Secteur	Activités d'intégration de la SSRA
Tous les secteurs	• S'assurer que tout le personnel sait quels services de SSR sont offerts aux adolescent.e.s, où ils sont proposés et comment orienter les services qui ne sont pas disponibles vers d'autres établissements / organisations • S'assurer que les mécanismes de partage des informations et d'orientation sont mis en place entre le secteur de la santé et les autres secteurs • Former l'ensemble du personnel sur 1) les sensibilités des informations de la SSR, en particulier pour les adolescent.e.s; 2) l'impact du langage, du comportement et des préjugés sur la prise en charge de la SSRA; et 3) la garantie du respect de la intimitee et de la confidentialité dans la prestation des services de SSRA • S'assurer que le personnel fait participer de manière significative les adolescent.e.s et les membres de la communauté avant de lancer les activités • Le personnel doit partager avec le personnel de santé les données pertinentes sur la SSRA collectées lors des groupes de discussion ou des évaluations • Sensibiliser le personnel aux endroits discrets où les adolescent.e.s peuvent recevoir des services de SSR (par exemple, les entrées des adolescent.e.s, les préservatifs dans les salles de bain) • Créer des partenariats avec des organisations locales dirigées par la jeunesse et des organisations communautaires qui répondent aux besoins des adolescent.e.s et fournir ces informations au personnel du secteur concerné **Adolescent.e.s à risque accru :** • S'assurer que les installations humanitaires sont accessibles aux adolescent.e.s handicapés (par exemple en prévoyant des rampes d'accès)

Salud	• Travailler avec l'ensemble du personnel de santé pour mettre en œuvre les composantes du Dispositif Minimum de Service Initial pour la Santé Sexuelle et Reproductive dans les Situations de Crise (DMU)
	  • Coordonner avec d'autres organisations de santé et le gouvernement local pour comprendre où les services de SSRA sont disponibles afin de coordonner les mécanismes de référence et d'éviter les doubles emplois (DMU objectif 1)
	• S'assurer que tout le monde a accès aux préservatifs; de la fourniture des préservatifs dans les salles de consultation, dans toutes les installations, ainsi que dans des endroits discrets (tels que les salles de bain)
	  • S'assurer que les distributions communautaires de préservatifs sont toujours accompagnées de démonstrations sur la manière de les utiliser
	• Éduquer le personnel de santé sur les autres services du secteur qui bénéficient aux adolescent.e.s dans les domaines de programme de votre organisation
	• Développer et diffuser des messages sur la SSRA à partager à d'autres points d'entrée du secteur
	• Travailler avec le personnel hors du secteur de la santé pour concevoir des services de proximité afin d'accroître l'utilisation des services de SSRA
	  • Examiner comment les services d'infection sexuellement transmissible (IST), y compris le VIH, peuvent être intégrés dans le système et les établissements de santé plutôt que d'avoir une structure verticale distincte pour que les patients puissent obtenir des services SMSPS
	• Mener des entretiens de sortie anonymes / confidentiels avec les adolescent.e.s afin de garantir la qualité des services fournis
	• Piloter des activités de test avec des adolescent.e.s pour s'assurer qu'elles sont bien adaptées (par exemple, demander aux adolescent.e.s de fournir un retour d'informations sur les projets de matériel d'information, d'éducation et de communication [IEC])
	
	Adolescent.e.s à risque accru :
	• Créer des messages SSR adaptés, y compris des messages illustrés, pour les adolescent.e.s avec une déficience auditive et un faible niveau d'alphabétisation
	• Cartographier les sous-groupes d'adolescent.e.s à risque accru (par exemple, les adolescent.e.s enceintes, les adolescent.e.s orphelines, etc.) au sein des groupes / réunions de coordination pour comprendre les besoins et les obstacles

Aide en espèces et sous forme de bons	• Veiller à ce que les programmes « argent-pour-la santé » incluent l'accès aux services de SSR • Veiller à ce que les paniers de dépenses minimales pour l'assistance en espèces à usages multiples (MPC) incluent le coût des biens et services de SSR et d'hygiène menstruelle **Adolescent.e.s à risque accru :** • S'assurer que les adolescent.e.s à risque accru (adolescentes enceintes, adolescent.e.s chefs de famille, adolescentes ayant survécu à la violence basé sur le genre (VBG), etc) sont prioritaires et éligibles au PPM • S'assurer que les adolescent.e.s à risque accru (adolescentes enceintes, adolescent.e.s chefs de famille, adolescentes ayant survécu à la VBG, etc) sont prioritaires et éligibles aux programmes d'argent-pour-la santé
Éducation	• Rendre les services et les informations SSR accessibles dans les écoles officielles et non-officielles, ainsi que dans les centres éducatifs et professionnels • Établir des relations entre le personnel / les prestataires de santé / et le personnel de l'éducation pour s'assurer que les problèmes affectant les adolescent.e.s sont traités, ainsi que les opportunités d'augmenter l'engagement / la coordination entre l'éducation et la SSR • Adapter les programmes d'éducation sexuelle et de compétences essentielles à la vie courante afin qu'ils soient adaptés à l'âge, au développement et à la culture des élèves, et tenir compte de la diversité des genres et de l'inclusion • Discuter avec la communauté des produits SSR qu'il serait possible de mettre à disposition dans les structures éducatives pour adolescent.e.s (par exemple, des produits d'hygiène féminine ou des préservatifs dans les toilettes d'un centre éducatif) • Les enseignants pourraient demander au personnel de santé de visiter les salles de classe / espaces éducatifs pour diffuser des messages de SSR et / ou faire des démonstrations aux adolescent.e.s et aux jeunes **Adolescent.e.s à risque accru :** • Inclure des messages de soutien pour que les jeunes mères poursuivent leurs études après leur mariage et / ou l'accouchement • Créer une compréhension parmi le personnel éducatif sur les besoins des LGBTQIA+ • Rechercher, respecter et promouvoir conjointement les pratiques de santé traditionnelles qui sont utiles et s'efforcer d'éliminer les pratiques traditionnelles néfastes qui affectent la santé des adolescent.e.s, en particulier les adolescent.e.s à risque (par exemple, les adolescent.e.s issus de groupes indigènes)
Alimentation et moyens de subsistance	• S'assurer que des services / programmes alimentaires et nutritionnels adéquats sont disponibles pour les adolescent.e.s • S'assurer que les messages sur la santé et l'hygiène (y compris les messages de SSR et les messages sur l'hygiène menstruelle) sont fournis lors des distributions d'espèces / de nourriture / de bons • Intégrer les informations sur la SSR dans les programmes de subsistance, en particulier le contenu sur les compétences essentielles sur la vie courante qui relie facilement les deux sujets • Travailler avec le personnel de l'alimentation et des moyens de subsistance pour accroître la disponibilité de la nourriture et des opportunités d'argent au-delà des hommes chefs de famille **Adolescent.e.s à risque accru :** • Donner la priorité aux adolescent.e.s à risque accru dans les lignes de distribution (par exemple, adolescentes enceintes, adolescent.e.s handicapés, adolescent.e.s chefs de famille, etc.)

La nutrition	• Examiner comment les programmes / services de nutrition peuvent être intégrés dans le système et les établissements de santé (par exemple, programmes thérapeutiques ambulatoires dans les centres de santé; centres de stabilisation dans les hôpitaux; programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [ANJE]) • S'assurer que les messages SSR sont promus, le cas échéant, lors des consultations nutritionnelles • Développer conjointement (avec les adolescent.e.s / jeunes) des matériels de communication sur le comportement social (SBC) / IEC qui soutiennent les besoins nutritionnels et les comportements des adolescent.e.s **Adolescent.e.s à risque accru :** • Intégrer les consultations pré / post-natales aux services de nutrition pour répondre aux besoins des adolescentes enceintes • Simuler ou faire des exercices de jeux de rôle pendant les formations sur la façon de fournir des conseils / services ANJE aux mères adolescentes
La protection / SMSPS	• Examiner comment les services SMSPS peuvent être intégrés dans le système et les établissements de santé plutôt que d'avoir une structure verticale distincte permettant aux adolescentes d'obtenir des services SMSPS • S'assurer que les salles de consultation SMSPS sont suffisamment éloignées des autres salles, pour permettre la confidentialité et la discrétion pour adolescent.e.s • Encourager la participation des adolescent.e.s à tout groupe de travail multisectoriel de prévention de la VBG • Faciliter les dialogues et les plans d'action communautaires dans lesquels un groupe clé de parties prenantes — y compris des adolescent.e.s / représentants des jeunes — se réunissent régulièrement pour discuter des défis auxquels sont confrontés les adolescent.e.s, y compris la violence basée sur le genre, et pour élaborer et mettre en œuvre un plan visant à relever au moins un des défis identifiés **Adolescent.e.s à risque accru :** • Envisager le placement de centres adaptés aux enfants, aux filles et aux femmes à proximité des services de santé sexuelle et reproductive afin d'améliorer l'accès des adolescentes • S'assurer que les centres adaptés aux enfants, aux filles et aux femmes fournissent des espaces pour les activités liées à la SSR pour les adolescent.e.s • Placer des travailleurs sociaux / autres membres du personnel de protection formés au counseling des adolescentes ayant survecu à la VBG dans l'établissement de santé • Utiliser des espaces sûrs pour recueillir des informations sur les obstacles aux services de santé pour les adolescent.e.s à risque accru (par exemple, les adolescent.e.s ayant survécu à la VBG, les adolescent.e.s vendant ou échangeant des rapports sexuels contre d'autres biens ou services, etc.) • S'assurer que les services SMSPS sont disponibles pour les adolescent.e.s anciennement associés à des groupes armés et les adolescent.e.s qui ont autrefois perpétré la VBG

La gestion des abris et des camps	• S'assurer de consulter le conseiller en matière d'abris pour la conception et la construction de cliniques et autres structures de santé temporaires / réhabilitantes afin d'offrir aux adolescent.e.s, dans la mesure du possible, un espace et une intimité adéquats (par exemple, des rideaux d'intimité) • Permettre aux adolescent.e.s de parler des obstacles et des problèmes liés à la gestion et à la coordination des camps, y compris pendant la conception et la construction de l'infrastructure humanitaire • Fournir un éclairage durable dans tout le camp pour assurer la sécurité personnelle d'adolescentes **Adolescents à risque accru :** • S'assurer que tous les adolescent.e.s ont la possibilité de faire part de leurs commentaires, de leurs réactions et de leurs préoccupations concernant la sûreté personnelle, la sécurité et la gestion du camp ou du cadre humanitaire, y compris les adolescent.e.s, les adolescent.e.s LGBTQIA+, les adolescent.e.s handicapés, etc.
Eau, assainissement et hygiène (WASH)	• S'assurer que des installations d'hygiène sûres et spécifiques au sexe sont disponibles pour les adolescent.e.s • Penser à inclure des messages SSRA dans les installations WASH, comme à l'arrière des portes des salles de bain • Travailler avec l'équipe de protection pour comprendre les problèmes WASH affectant la capacité des adolescent.e.s à utiliser les installations WASH **Adolescent.e.s à risque accru :** • S'assurer que des installations de lavage appropriées sont disponibles et accessibles, y compris pour les adolescent.e.s handicapés • S'assurer que les adolescentes ont accès à des produits et outils menstruels durables et culturellement adaptés, ainsi qu'à des sites pratiques pour éliminer le matériel sanitaire • S'assurer que des latrines séparées pour les filles sont disponibles

Sources : Cet outil a été adapté sur la base des orientations du Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAWG, 2018) et des documents supplémentaires du ASRH Toolkit for Humanitarian Settings (UNFPA, Save the Children, 2012).

Modèle pour l'intégration multisectorielle des activités SSRA

Secteur	Activités d'intégration de la SSRA
Questions à poser lors des consultations avec d'autres secteurs	• Où et quand entrez-vous en contact avec des adolescent.e.s ? Quels services leur offrez-vous ? • Le personnel de ce secteur sait-il quoi et où les services de SSR sont fournis aux adolescent.e.s par votre organisation ? Et pour les services non fournis par votre organisation, savent-ils où référer les patients adolescent.e.s ? • Êtes-vous au courant des possibilités de fournir des messages ou des services SSRA dans votre établissement (par exemple, point de distribution de nourriture, programme de moyens de subsistance, centre d'éducation) ? • Les avantages de votre programme s'appliquent-ils aux services SSRA (par exemple, la programmation en espèces peut-elle être utilisée pour les services SSRA) ? **Questions pour atteindre les adolescent.e.s à risque accru :** • Savez-vous quels sous-groupes d'adolescent.e.s courent un risque accru dans les zones de programme de votre organisation ? • Votre programmation donne-t-elle la priorité aux adolescentes enceintes ou aux adolescent.e.s chefs de famille ?
Aide en espèces et sous forme de bons	
Éducation	
Sécurité alimentaire & Moyens de subsistance	

La santé	
La nutrition	
La protection / SMSPS	
La gestion des abris et des camps	
WASH	

Sources : Cet outil a été adapté sur la base des orientations du Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAWG, 2018) et des documents supplémentaires du ASRH Toolkit for Humanitarian Settings (UNFPA, Save the Children, 2012).

ANNEXE N : Formulaire de référence pour une copie de l'organisme référant

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Outils pour l'établissement de parcours d'orientation du chapitre 6 : Services et interventions SSRA. Le Comité permanent inter-organisations (IASC) fournit des formulaires standard pour l'orientation des cas de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) dans tous les secteurs humanitaires. Le guide a adapté ces formulaires, pour l'orientation des adolescent.e.s, vers différents services entre secteurs, tels que la nutrition, la violence basée sur le genre (VBG) ou encore l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EHA), etc. Il s'agit notamment des formulaires destinés à l'organisme qui effectue l'orientation, au client qui reçoit l'orientation et à l'organisme d'accueil qui recoit la demande d'orientation. Cet outil est spécifiquement un formulaire d'orientation pour l'organisme référant.

Copie de l'organisme référant ☐ Routine ☐ Urgent Date d'orientation (de transfert) (JJ / MM / AA): _____

Formulaire d'orientation multisectorielle pour les clients adolescent.e.s

Organisme référant	
Organisme / Org :	Contact :
Téléphone :	E-mail :
Emplacement :	

Organisme d'accueil	
Organisme / Org :	Contact (si connu) :
Téléphone :	E-mail :
Emplacement :	

Informations du client adolescent	
Nom :	Téléphone (si disponible) : *
Âge :	
Genre identifié :	Adresse / Lieu (si disponible) : *
Langue :	
Remarques : **	

**Si le client adolescent n'est pas à l'aise pour partager ces informations, il n'est pas tenu de compléter la demande d'orientation. Faites preuve de discrétion lorsque vous posez des questions et utilisez les ressources de La Boîte à Outils pour parler aux adolescent.e.s (voir Cinq principes pour créer une atmosphère de confiance pour le conseil aux adolescent.e.s).*
***Utilisez cet espace pour inclure toute information supplémentaire nécessaire et / ou utile pour l'agence réceptrice, telle que les capacités de la cliente adolescente qui peuvent affecter sa capacité à accéder ou à recevoir les services de SSR (par exemple, les déficiences cognitives, les handicaps physiques, etc.)*

Informations générales / motif d'orientation : description du problème, durée, fréquence, etc. et services déjà fournis	
La cliente adolescente a-t-elle été informée de cette orientation ? ☐ Oui ☐ Non* (si non, expliquez ci-dessous)	La patiente adolescente a-t-elle été orientée à une quelconque autre organisation ? ☐ Oui * (si oui, expliquez ci-dessous) ☐ Non

**Utilisez cet espace si la cliente n'a pas consenti à l'orientation en raison de son état d'inconscience et de son besoin de services d'urgence pour sauver sa vie.*

Consentement à l'orientation & libération des informations (lisez avec la cliente adolescente et répondez aux questions avant de signer ci-dessous)
Je,_____(nom de la cliente adolescente), comprends que le but de l'orientation et du partage de ces informations avec _____ (organisme d'accueil) est d'assurer ma sécurité et s'assurer que je recois les services dont j'ai besoin. La personne qui preste les services, _____ (l'organisme référant), m'a clairement expliqué la procédure d'orientation et a énuméré les informations exactes qui doivent être partagées. En signant ce formulaire, j'autorise ce transfert et cet échange d'informations.
Signature de la cliente adolescente :
Date (JJ / MM / AA) :
Si la législation locale l'exige*, signature de la personne qui s'occupe de l'adolescent :
Date (JJ / MM / AA) :

**Les prestataires et les organismes référants doivent documenter le consentement dans toute la mesure des lois locales. Si aucune politique en matière de consentement n'existe, les normes internationales relatives à la documentation du consentement doivent être respectées. [Remarque : les normes internationales n'exigent pas le consentement d'un adulte pour recevoir des services.] Référez-vous aux Services basés sur les installations et Données pour l'action sections sur le consentement et l'assentiment pour obtenir des conseils plus détaillés.*

Services demandés*		
☐ Services de santé généraux	☐ Services de gestion de camp	☐ Services d'alimentation & des moyens de subsistance
☐ Services SSR	☐ Aide en espèces & bons services	☐ Services d'assistance juridique
☐ Services de VBG	☐ Services de protection de l'enfant	☐ Services d'abris
☐ Services SMSPS	☐ Services d'éducation	☐ Services EHA
☐ Services de nutrition		☐ Autre (veuillez expliquer ci-dessous)
Veuillez expliquer tout service demandé :		

**Certaines orientations peuvent avoir des services qui se chevauchent et / ou peuvent ne pas être disponibles dans tous les contextes. Cochez toutes les cases applicables.*

Détails de l'orientation		
La cliente adolescente consent-elle à des communications de suivi après sa visite d'orientation ? Si oui, quels moyens de communication la cliente adolescente préfère-t-elle ? (expliquez ci-dessous)	☐ Oui	☐ Non
Orientation délivrée pour la cliente adolescente via :		
☐ Téléphone (urgence seulement)	☐ E-mail	☐ Par voie électronique (par exemple, application ou base de données) ☐ En personne
Communications de suivi attendues entre les organismes de référence à travers :		
☐ Téléphone	☐ E-mail	☐ En personne
Date (JJ / MM / AA) :		
Les organismes de référence acceptent d'échanger pendant l'appel / le rendez-vous de suivi :		

Nom et signature du destinataire :_____Date de réception (JJ / MM / AA) :_____

Source : Inter-Agency Referral Form and Guidance Note (IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, 2017).

ANNEXE NN : Formulaire de référence pour une copie client

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Outils pour établir des voies de référence du chapitre 6 : Services et interventions SSRA. Le Comité permanent interorganisations (IASC) fournit des formulaires standard pour l'orientation des cas de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) dans tous les secteurs humanitaires. Le guide a adapté ces formulaires, pour l'orientation des adolescent.e.s, vers différents services entre secteurs, tels que la nutrition, la violence basée sur le genre (VBG) ou encore l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EHA), etc. Il s'agit notamment des formulaires destinés à l'organisme qui effectue l'orientation, au client qui reçoit l'orientation et à l'organisme d'accueil qui reçoit la demande d'orientation. Cet outil est spécifiquement un formulaire de référence pour la cliente adolescente.

Copie de la cliente ☐ Routine ☐ Urgent Date d'orientation (de transfert) (JJ / MM / AA): _____

Formulaire d'orientation multisectorielle pour les clients adolescent.e.s

Organisme référant	
Organisme / Org :	Contact :
Téléphone :	E-mail :
Emplacement :	

Organisme d'accueil	
Organisme / Org :	Contact (si connu) :
Téléphone :	E-mail :
Emplacement :	

Informations du client adolescent	
Nom :	Téléphone (si disponible) : *
Âge :	
Genre identifié :	Adresse / Lieu (si disponible) : *
Langue :	
Remarques : **	

**Si le client adolescent n'est pas à l'aise pour partager ces informations, il n'est pas tenu de compléter la demande d'orientation. Faites preuve de discrétion lorsque vous posez des questions et utilisez les ressources de La Boîte à Outils pour parler aux adolescent.e.s (voir Cinq principes pour créer une atmosphère de confiance pour le conseil aux adolescent.e.s).*
***Utilisez cet espace pour inclure toute information supplémentaire nécessaire et / ou utile pour l'agence réceptrice, telle que les capacités de la cliente adolescente qui peuvent affecter sa capacité à accéder ou à recevoir les services de SSR (par exemple, les déficiences cognitives, les handicaps physiques, etc.)*

Informations générales / motif d'orientation : description du problème, durée, fréquence, etc. et services déjà fournis	
La cliente adolescente a-t-elle été informée de cette orientation ? ☐ Oui ☐ Non* (si non, expliquez ci-dessous)	La patiente adolescente a-t-elle été orientée à une quelconque autre organisation ? ☐ Oui * (si oui, expliquez ci-dessous) ☐ Non

**Utilisez cet espace si la cliente n'a pas consenti à l'orientation en raison de son état d'inconscience et de son besoin de services d'urgence pour sauver sa vie.*

Consentement à l'orientation & libération des informations (lisez avec la cliente adolescente et répondez aux questions avant de signer ci-dessous)
Je,_____(nom de la cliente adolescente), comprends que le but de l'orientation et du partage de ces informations avec _____ (organisme d'accueil) est d'assurer ma sécurité et s'assurer que je recois les services dont j'ai besoin. La personne qui preste les services, _____ (l'organisme référant), m'a clairement expliqué la procédure d'orientation et a énuméré les informations exactes qui doivent être partagées. En signant ce formulaire, j'autorise ce transfert et cet échange d'informations.
Signature de la cliente adolescente :
Date (JJ / MM / AA) :
Si la législation locale l'exige*, signature de la personne qui s'occupe de l'adolescent :
Date (JJ / MM / AA) :

**Les prestataires et les organismes référants doivent documenter le consentement dans toute la mesure des lois locales. Si aucune politique en matière de consentement n'existe, les normes internationales relatives à la documentation du consentement doivent être respectées. [Remarque : les normes internationales n'exigent pas le consentement d'un adulte pour recevoir des services.] Référez-vous aux sections Services basés sur les installations et Données pour l'action sur le consentement et l'assentiment pour trouver des conseils plus détaillés.*

Services demandés*		
☐ Services de santé généraux	☐ Services de gestion de camp	☐ Services d'alimentation & des moyens de subsistance
☐ Services SSR	☐ Aide en espèces & bons services	☐ Services d'assistance juridique
☐ Services de VBG	☐ Services de protection de l'enfant	☐ Services d'abris
☐ Services SMSPS	☐ Services d'éducation	☐ Services EHA
☐ Services de nutrition		☐ Autre (veuillez expliquer ci-dessous)
Veuillez expliquer tout service demandé :		

**Certaines orientations peuvent avoir des services qui se chevauchent et / ou peuvent ne pas être disponibles dans tous les contextes. Cochez toutes les cases applicables.*

Détails de l'orientation		
La cliente adolescente consent-elle à des communications de suivi après sa visite d'orientation ? Si oui, quels moyens de communication la cliente adolescente préfère-t-elle ? (expliquez ci-dessous)	☐ Oui	☐ Non
Orientation délivrée pour la cliente adolescente via :		
☐ Téléphone (urgence seulement)	☐ E-mail	☐ Par voie électronique (par exemple, application ou base de données) ☐ En personne
Communications de suivi attendues entre les organismes de référence à travers :		
☐ Téléphone	☐ E-mail	☐ En personne
Date (JJ / MM / AA) :		
Les organismes de référence acceptent d'échanger pendant l'appel / le rendez-vous de suivi :		

Nom et signature du destinataire :_____Date de réception (JJ / MM / AA) :_____

Source : Inter-Agency Referral Form and Guidance Note (IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, 2017).

ANNEXE NNN : Formulaire d'orientation pour la copie de l'organisme d'accueil

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Outils pour établir des parcours d'orientation du chapitre 6 : Services et interventions SSRA. Le Comité permanent interorganisations (IASC) fournit des formulaires standard pour l'orientation des cas de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) dans tous les secteurs humanitaires. Le guide a adapté ces formulaires, pour l'orientation des adolescent.e.s, vers différents services entre secteurs, tels que la nutrition, la violence basée sur le genre (VBG) ou encore l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EHA), etc. Il s'agit notamment des formulaires destinés à l'organisme qui effectue l'orientation, au client qui reçoit l'orientation et à l'organisme d'accueil qui reçoit la demande d'orientation. Cet outil est spécifiquement un formulaire d'orientation pour l'agence d'accueil.

Copie de l'organisme d'accueil ☐ Routine ☐ Urgent Date d'orientation (de transfert) (JJ / MM / AA): _____

Formulaire d'orientation multisectorielle pour les clients adolescent.e.s

Organisme référant	
Organisme / Org :	Contact :
Téléphone :	E-mail :
Emplacement :	

Organisme d'accueil	
Organisme / Org :	Contact (si connu) :
Téléphone :	E-mail :
Emplacement :	

Informations du client adolescent	
Nom :	Téléphone (si disponible) : *
Âge :	
Genre identifié :	Adresse / Lieu (si disponible) : *
Langue :	
Remarques : **	

**Si le client adolescent n'est pas à l'aise pour partager ces informations, il n'est pas tenu de compléter la demande d'orientation. Faites preuve de discrétion lorsque vous posez des questions et utilisez les ressources de La Boîte à Outils pour parler aux adolescent.e.s (voir Cinq principes pour créer une atmosphère de confiance pour le conseil aux adolescent.e.s).*
***Utilisez cet espace pour inclure toute information supplémentaire nécessaire et / ou utile pour l'agence réceptrice, telle que les capacités de la cliente adolescente qui peuvent affecter sa capacité à accéder ou à recevoir les services de SSR (par exemple, les déficiences cognitives, les handicaps physiques, etc.)*

Informations générales / motif d'orientation : description du problème, durée, fréquence, etc. et services déjà fournis	
La cliente adolescente a-t-elle été informée de cette orientation ? ☐ Oui ☐ Non* (si non, expliquez ci-dessous)	La patiente adolescente a-t-elle été orientée à une quelconque autre organisation ? ☐ Oui * (si oui, expliquez ci-dessous) ☐ Non

**Utilisez cet espace si la cliente n'a pas consenti à l'orientation en raison de son état d'inconscience et de son besoin de services d'urgence pour sauver sa vie.*

Consentement à l'orientation & libération des informations (lisez avec la cliente adolescente et répondez aux questions avant de signer ci-dessous)
Je,_____(nom de la cliente adolescente), comprends que le but de l'orientation et du partage de ces informations avec _____ (organisme d'accueil) est d'assurer ma sécurité et s'assurer que je recois les services dont j'ai besoin. La personne qui preste les services, _____ (l'organisme référant), m'a clairement expliqué la procédure d'orientation et a énuméré les informations exactes qui doivent être partagées. En signant ce formulaire, j'autorise ce transfert et cet échange d'informations.
Signature de la cliente adolescente :
Date (JJ / MM / AA) :
Si la législation locale l'exige*, signature de la personne qui s'occupe de l'adolescent :
Date (JJ / MM / AA) :

**Les prestataires et les organismes de référence doivent documenter le consentement dans toute la mesure des lois locales. Si aucune politique en matière de consentement n'existe, les normes internationales relatives à la documentation du consentement doivent être respectées. [Remarque : les normes internationales n'exigent pas le consentement d'un adulte pour recevoir des services.] Référez-vous aux Services basés sur les installations et Données pour l'action sections sur le consentement et l'assentiment pour obtenir des conseils plus détaillés.*

Services demandés*		
☐ Services de santé généraux	☐ Services de gestion de camp	☐ Services d'alimentation & des moyens de subsistance
☐ Services SSR	☐ Aide en espèces & bons services	☐ Services d'assistance juridique
☐ Services de VBG	☐ Services de protection de l'enfant	☐ Services d'abris
☐ Services SMSPS	☐ Services d'éducation	☐ Services EHA
☐ Services de nutrition		☐ Autre (veuillez expliquer ci-dessous)
Veuillez expliquer tout service demandé :		

**Certaines orientations peuvent avoir des services qui se chevauchent et / ou peuvent ne pas être disponibles dans tous les contextes. Cochez toutes les cases applicables.*

Détails de l'orientation			
La cliente adolescente consent-elle à des communications de suivi après sa visite d'orientation ? Si oui, quels moyens de communication la cliente adolescente préfère-t-elle ? (expliquez ci-dessous)			☐ Oui ☐ Non
Orientation délivrée pour la cliente adolescente via :			
☐ Téléphone (urgence seulement)	☐ E-mail	☐ Par voie électronique (par exemple, application ou base de données)	☐ En personne
Communications de suivi attendues entre les organismes de référence à travers :			
☐ Téléphone	☐ E-mail	☐ En personne	
Date (JJ / MM / AA) :			
Les organismes de référence acceptent d'échanger pendant l'appel / le rendez-vous de suivi :			

Nom et signature du destinataire :_____Date de réception (JJ / MM / AA) :_____

Source : Inter-Agency Referral Form and Guidance Note (IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, 2017).

ANNEXE O : IRA pour SSRA

Cet outil est référencé dans le Tableau 6 du Chapitre 7 : Données d'actions. Une évaluation initiale rapide (IRA) est effectuée au cours des 72 premières heures d'une urgence aiguë et sert à recueillir des informations démographiques et à identifier les questions vitales qui doivent être traitées de toute urgence pour assurer le bien-être de la population bénéficiaire. Cet exemple d'IRA ne peut pas être utilisé comme un outil autonome mais fournit une vue d'ensemble des données SSRA qui devraient être collectées et peut être utilisé comme un outil complémentaire à d'autres formats d'évaluation rapide.

Évaluation Rapide Initiale pour la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent.e.s		
Nombre d'adolescent.e.s (10-14 ans), ventilé par hommes et femmes	**[femmes]**	**[hommes]**
Nombre d'adolescent.e.s (15-19 ans), ventilé par hommes et femmes	**[femmes]**	**[hommes]**
Nombre d'adolescent.e.s (10-14 ans) non accompagnés, ventilé par hommes & femmes	**[femmes]**	**[hommes]**
Nombre d'adolescent.e.s (15-19 ans) non accompagnés, ventilé par hommes & femmes	**[femmes]**	**[hommes]**
Nombre d'adolescentes enceintes par tranche d'âge	**[10-14 ans]**	**[15-19 ans]**
Nombre d'adolescent.e.s mariés (10-14 ans), ventilé par hommes & femmes	**[femmes]**	**[hommes]**
Nombre d'adolescent.e.s mariés (15-19 ans), ventilé par hommes & femmes	**[femmes]**	**[hommes]**
Existe-t-il des lois nationales ou locales qui pourraient restreindre la capacité des adolescent.e.s à accéder aux services de SSR et de droits ?	**Oui**	**Non**
	Commentaires :	
Est-ce que des services de SSR et de droits des adolescent.e.s et du genre sont actuellement fournis dans la communauté / le projet ? (si oui, précisez où)	**Oui**	**Non**
	Commentaires :	

Est-ce qu'actuellement on fournit les services de santé mentale et le soutien psychosocial adaptés aux adolescent.e.s et à la spécificité de genre ?	**Oui**	**Non**
	Commentaires :	
Les toilettes et les installations sanitaires sont-elles séparées en tenant compte du genre et sont-elles situées dans des endroits bien éclairés ?	**Oui**	**Non**
	Commentaires :	
Les toilettes et les salles de bain ont-elles des portes qui peuvent être verrouillées de l'intérieur ?	**Oui**	**Non**
	Commentaires :	
Identifier les sites de distribution de contraceptifs adaptés aux adolescent.e.s [préciser le (s) lieu (x)]		

Source : Adapté de SSRA Boîte à outils pour situations de crise humanitaire (UNFPA, Save the Children, 2012).

ANNEXE P : Questions d'évaluation à utiliser avec les adolescent.e.s

Cet outil est référencé dans le Tableau 6 du Chapitre 7 : Données d'actions. Ces questions, bien que non exhaustives, peuvent être utilisées et / ou adaptées pour collecter des informations auprès des adolescent.e.s à travers plusieurs évaluations, telles que des analyses situationnelles, des groupes de discussions (FGD), des entretiens individuels et des connaissances, des attitudes et des pratiques (CAP) des enquêtes. Pour rappel, les praticiens doivent adapter les questions en fonction du contexte, ainsi que pour les différents groupes de populations des adolescent.e.s. Nous avons ajouté [préciser tous les sous-groupes] pour des questions que nous recommandons d'adapter pour différents sous-groupes d'adolescent.e.s, ainsi que des exemples de questions adaptées pour les adolescent.e.s handicapés (y compris les déficiences cognitives et les handicaps physiques) et les adolescent.e.s lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer, intersexuels, asexués+ (LGBTQIA+).

Échantillons de questions pour la réalisation d'évaluations avec des adolescent.e.s	
Questions introductives	Un rappel de toujours commencer par des questions introductives plus douces lorsque vous travaillez avec des adolescent.e.s pour créer un environnement de confiance et amical (voir Cinq principes pour créer une atmosphère de confiance pour le counseling des adolescent.e.s). Exemples de questions à poser aux adolescent.e.s et aux quelles répondre en tant que facilitateur pour créer un dialogue et une atmosphère confortable : • Comment ça va ? • Comment va ta famille ? • Qu'aime-tu faire pour te détendre ? • Avec qui passe-tu ton temps ? • Que fais-tu avec tes amis ? • Quel niveau d'études as-tu ?
Questions KAP sur La Puberté & Menstruation	*La puberté et la menstruation* • As-tu remarqué des changements dans ton corps récemment ? À ton avis, que cela signifie ? • Qu'est-ce que la puberté ? *Note : S'ils ne connaissent pas ce terme, expliquez le terme.* Comment la puberté affecte les garçons ? Comment la puberté affecte les filles ? • Qu'est-ce que la menstruation ? *Note : S'ils ne connaissent pas ce terme, expliquez le terme.* Comment la menstruation affecte les filles ? Est-ce que les filles vont à l'école pendant leurs menstruations ? Les filles sont-elles permises de rester dans leur maison ? Si ce n'est pas le cas, où vont les filles et pendant combien de temps ? • Qu'est-ce qu'un rêve érotique ? *Note : S'ils ne connaissent pas ce terme, expliquez le terme.* Comment un rêve érotique affecte les garçons ? • Qu'est-ce que la masturbation ? Est-ce uniquement pour les garçons ou pour tous les genres ? *Note : S'ils ne connaissent pas ce terme, expliquez le terme*
Questions KAP sur Les relations & L'activité sexuelle	*Relations* • Avec qui aime-tu passer du temps ? Est-ce que tu aimes quelqu'un plus qu'un ami ? Es-tu dans une relation avec quelqu'un ? • Si l'adolescent a répondu « non » à être dans une relation : Est-ce que tu as des sentiments pour quelqu'un ? As-tu déjà parlé avec tes amis de tes sentiments ? • Que cela signifie être dans une relation ? Quel genre de relations vois-tu (filles et garçons, filles et filles, garçons et garçons) ?

Questions KAP sur les relations & l'activité sexuelle	• Les personnes qui sont en relation, que font-elles les unes avec les autres ? Est-ce qu'elles s'embrassent ? Que font-elles d'autre ?
	
	  • Si l'adolescent a répondu « non » à être dans une relation : Qu'est-ce que tu aimes faire avec ton partenaire ? As-tu parlé du sexe ?
	  • Si l'adolescent a répondu « non » à être dans une relation : Est-ce que tu parles du sexe avec tes amis ?
	  • Peut être remplacer ou ajouter à une question complémentaire : Que font les filles entre elles OU les garçons entre eux OU les adolescent.e.s qui sont handicapés quand ils sont dans une relation ?
	
	• Qui prend la décision dans une relation d'avoir des relations sexuelles ?
	• Est-ce que ton partenaire te rejetterait si tu insistais sur le port du préservatif ?
	• Une fille peut-elle tomber enceinte après avoir eu une relation sexuelle une seule fois ? Une fille handicapée peut-elle tomber enceinte ? Un garçon handicapé peut-il engrosser une fille ?
	• Si une fille tombe enceinte, qui s'occupe du bébé ?
	• À quel âge les filles se marient-elles ? Avec qui se marient-ils ?
	• À quel âge les garçons se marient-ils ? Avec qui se marient-ils ?
	• Qui prend la décision avec qui une fille se mariera ? Qui prend la décision avec qui un garçon se mariera ?
	• Quelles sont certaines des influences (fournir des exemples d'influences : la culture, la religion, la pression familiale, monétaire, etc.) qui encouragent les filles à se marier à un plus jeune âge ?
	• Quelles sont certaines des influences (fournir des exemples d'influences : des objectifs personnels, des mentors, des valeurs familiales, etc.) qui évitent les filles à se marier à un plus jeune âge ?
	
	L'activité sexuelle
	
	• Quels sont les différents types d'activité sexuelle que des filles et des garçons ont dans la communauté ? Est-ce que les populations d'adolescent.e.s handicapés et adolescent.e.s LGBTQIA+ sont impliquées dans des activités sexuelles ?
	• Connais-tu des adolescent.e.s ayant des rapports sexuels dans la communauté ? Si oui, qu'en penses-tu ? À quel âge les garçons commencent-ils à en avoir ? À quel âge les filles commencent-elles à en avoir ? Qui sont leurs partenaires ? Y a-t-il des garçons ayant des rapports sexuels avec d'autres garçons ? Y a-t-il des filles ayant des rapports sexuels avec d'autres filles ? Les filles et garçons handicapés ont-ils des relations sexuelles et avec qui les ont-ils ?
	• Les filles ou les garçons [spécifier tous les sous-groupes] ont-ils commencé à avoir des relations sexuelles plus, moins ou à peu près identiques depuis que l'urgence a commencé ? Est-ce que leurs partenaires ont changé depuis que l'urgence a commencé ?
	• Quelles sont les différentes raisons pour lesquelles les adolescent.e.s ont des relations sexuelles ?
	• Si ton partenaire se retire avant d'éjaculer, peux-tu tomber enceinte ?
	• Une fille peut-elle tomber enceinte après avoir eu une relation sexuelle une seule fois ?
	• Que peut-il se passer après une relation sexuelle ?
	• Quels sont les moyens d'éviter de tomber enceinte ?
	• Il y- a t-il beaucoup de filles qui tombent enceintes dans la communauté ? Quelles sont les différentes raisons pour lesquelles les filles de la communauté tombent enceintes ? Quelles sont d'autres des influences (fournir des exemples : des objectifs personnels, l'éducation, etc.) qui évitent les filles de tomber enceintes ?
	• Quels types de relations sexuelles sont les plus risqués ou les plus dangereux ? Pourquoi ?

Questions KAP sur les relations & l'activité sexuelle	• Connais-tu des adolescent.e.s qui ont des relations sexuelles pour de l'argent, de la protection ou de la nourriture ? Avec qui ont-ils ces relations sexuelles ? Qu'est-ce que tu sais et que penses-tu de ce genre de situation ? Cela a-t-il changé depuis que l'urgence a commencé ? • Est-ce que certains de vos amis ont eu des relations sexuelles avec une personne qui vend ou qui échange du sexe contre d'autres biens ou services ? Si oui, combien (un peu, beaucoup, la plupart, ou tous) ? • Connaissez-vous des filles / garçons [spécifier tous les sous-groupes] qui ont été forcés d'avoir des relations sexuelles avec d'autres (des soldats, des enseignants, d'autres en position d'autorité) ? Cela a-t-il changé pour ces filles / garçons depuis que l'urgence a commencé ?

Questions KAP sur les services SSR	*Disponibilité & accessibilité des services SSR*
	
	• As-tu vu (de l'art, des panneaux d'affichage, des peintures murales, des brochures, etc.) ou entendu (par radio et / ou à la TV) des informations SSR spécialement pour les adolescent.e.s ?
	• Tes professeurs, tes parents ou des professionnels de la santé t'ont approché afin de discuter sur des questions liées à ta croissance, en particulier à la puberté et la santé sexuelle et reproductive en général ?
	• À quel type d'activités communautaires pour les adolescent.e.s et les jeunes participes-tu ?
	• As-tu accès à suffisamment de produits de menstruations et de méthodes contraceptives ? Si oui, où ?
	• Trouves-tu que tes établissements de santé locaux sont accessibles ? Est-ce que les établissements et les prestataires sont accueillants ? Si oui, pourquoi ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi ? D'autres messages : Dois-tu payer pour les services de santé ? Trouves-tu que tes établissements locaux sont accessibles pour les adolescent.e.s handicapés et les adolescent.e.s LGBTQIA+ ? Si oui, pourquoi ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi ?
	• Si tu avais une question sur la santé sexuelle ou la santé reproductive, que ferais-tu ? En parlerais-tu à quelqu'un ? Si oui, avec qui te sentirais-tu le plus à l'aise d'en parler ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi ?
	• Où préfères-tu trouver des informations sur la santé sexuelle et reproductive ?
	• Si tu avais un problème de santé sexuelle ou reproductive, que ferais-tu ? Irais-tu voir quelqu'un ? Si oui, qui serait cette personne ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi ?
	
	Qualité des Services SSR
	
	• As-tu visité une clinique de santé pour recevoir des services au cours des trois derniers mois ?
	• Si oui, quelle sorte de services dont tu as avais besoin ou que tu reçue ? Où préfères-tu recevoir des services de santé ? Pourquoi ? Comment as-tu vécu cette expérience ?
	  • La personne à la réception était-elle gentille avec toi ?
	  • As-tu dû attendre longtemps pour des services ?
	  • Comment la personne prestataire de services t'a -t-il traité ?
	  • *Remarque : Consultez les questions supplémentaires sur la qualité de services de Annexe I : Liste de contrôle des établissements de santé SSRA.*
	• Si ce n'est pas le cas, pourquoi n'as-tu pas visité une clinique de santé ?
	
	Services de santé contraceptive, maternelle & néonatale
	
	• D'où les filles obtiennent-elles des moyens contraceptifs ? Ces services sont-ils gratuits ? Est-il difficile ou facile d'obtenir les produits ?
	• Est-ce que les moyens contraceptifs d'urgence sont-ils disponibles dans ta communauté ? Si oui, comment peux-tu te les procurer ?
	• Quel type de produits les filles peuvent-elles utiliser ? Quel type de méthodes de contraception les garçons peuvent-ils utiliser ?
	• Est-ce que les filles handicapées sont-elles contraintes à la stérilisation ? *Note : Expliquez le terme si l'adolescent ne le connaît pas.*

Questions KAP sur les services SSR	• Si une fille a un bébé, quels sont les services de santé disponibles ? Où vont-elles ?
	• Existe-t-il des programmes ou des groupes disponibles pour assister les filles qui ont des bébés ?
	• Les filles comprennent-elles les signes de danger dû à leur grossesse et savent-elles quand et où avoir les soins ?
	
	L'avortement
	
	• Que penses-tu qui pousse les filles à avoir des grossesses non désirées en situation d'urgence ?
	• Parfois des filles tombent enceintes quand elles ne le veulent pas. Que font les filles qui tombent enceintes mais qui ne le veulent pas ?
	
	  • Y en a-t-il des moyens traditionnelles ? Y a-t-il d'autres moyens ? Où trouvent-elles des soins ?
	  • Comment les membres de la communauté se sentent par rapport à ces filles qui veulent terminer leur grossesse ?
	  • Est-ce que l'établissement de santé local ou la pharmacie fournit des méthodes d'avortement ? Si oui, connais-tu quelles méthodes fournissent-ils ?
	  • Comment les personnes prestataires de services se sentent-elles par rapport à ces filles qui veulent terminer leur grossesse ?
	
	• Est-ce que les filles de la communauté recherchent des services d'avortement pour des grossesses non désirées ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
	• Est-ce que les filles de la communauté recherchent des soins pour des complications post-avortement ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
	• Est-ce que les filles handicapées dans la communauté sont-elles contraintes à l'avortement ?
	• Selon toi, quel rôle les garçons et les jeunes hommes ont-ils dans les grossesses non désirées et les avortements ?
	
	Les services IST
	
	• Quoi autre peut-il se passer lorsque tu as une relation sexuelle avec quelqu'un ?
	• Connais-tu des infections qui peuvent être transmises lors d'une relation sexuelle ? Quelles sortes ? Y a-t-il quelque chose qu'une fille / un garçon peut faire pour éviter ces infections ?
	• Si ton / ta partenaire se retire avant d'éjaculer, peux-tu contracter une infection sexuellement transmissible (IST) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) / le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ? *Remarque : Selon le contexte, d'autres termes peuvent être utilisés pour désigner le VIH / SIDA, consultez les organisations locales et les membres de la communauté afin d'utiliser la terminologie appropriée.*
	• Pensez-vous que les filles et les garçons de la communauté risquent de contracter des IST ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
	• Avez-vous entendu parler du VIH / SIDA ? Pensez-vous que cela existe ? Que faire pour prévenir le VIH / SIDA ?
	• Savez-vous à quoi sert un préservatif ? Et un préservatif féminin ?
	• Vous a-t-on appris à utiliser un préservatif ?
	• Des préservatifs sont-ils disponibles pour les adolescent.e.s qui ont des relations sexuelles [précisez tous les sous-groupes] ? Si c'est le cas, où sont-ils disponibles ? Est-ce que les adolescent.e.s les utilisent ? Est-ce que les filles les utilisent ? Est-ce que les garçons les utilisent ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi ? Remarque : Si l'adolescent ou l'adolescente est en relation et répond « oui » lorsqu'on lui demande s'il ou elle a des rapports sexuels, demander s'il ou elle utilise des préservatifs et pourquoi ou pourquoi pas.

Questions KAP sur les services SSR	*Les services de VBG* • Quels rôles ont les filles dans ta famille et ta communauté ? Quels sont les rôles qu'ont les garçons ? Quels rôles les adolescent.e.s handicapés et les adolescent.e.s et lesbiens, gays, bisexuels, transgenres, queers, intersexuels, asexués + (LGBTQIA+) jouent-ils dans ta famille et ta communauté ? *Note : Expliquez chacun des termes si l'adolescent ne connaît aucun des termes faisant partie de LGBTQIA+. Est-ce que les garçons et les filles vont à l'école ?* • Qu'est-ce que la violence ? Y a-t-il différentes formes de violence ? La violence a-t-elle augmenté pendant la crise, est-elle restée au même niveau ou a-t-elle diminué ? • Qui sont les auteurs de la violence dans une relation ? Et dans la communauté au sens large / le cadre du camp ? • Est-ce qu'une personne peut toucher une autre personne sans lui avoir demandé ? Te sentirais-tu obligé(e) de lui dire « oui » ? Ou te sens-tu confortable pour lui dire « non » ? • Est-ce qu'une personne peut être forcée à avoir des relations sexuelles ? Comment appelle-t-on cela ? *Remarque : S'ils ne connaissent pas le terme « viol », expliquez le terme.* • Si une fille ou un garçon était violé, le dirait-il / elle à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi ? Irait-il / elle / iel demander de l'aide à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi ? • Si une fille ou un garçon subit des violences de la part de quelqu'un, où va-t-il / elle ? A qui vont-ils en parler ? Pourquoi ou pourquoi pas ? Y a-t-il des lieux sûrs pour les enfants et les femmes où les enfants et les filles peuvent se rendre ? • Est-ce que les adolescent.e.s LGBTQIA+ et les adolescent.e.s handicapés encourent plus de dangers liés à la violence ? • Est-ce que des filles ou des garçons ont été victimes de la traite depuis la crise ? *Remarque : Si le terme « traite » n'est pas connu, expliquer le terme.* • A qui parle-tu lorsque tu es triste, fâchée ou frustré ? Parle-tu aux agents de santé ? Pourquoi ou pourquoi pas ? • Consomme-tu du tabac, de la drogue ou de l'alcool ? Si oui, où les consomme-tu ? Avec qui les consomme-tu ? Comment les consomme-tu ? (fumé, inhalé, injecté, pris en comprimés, mâché)

Sources : Adapté de Boîte à outils SSRA pour les contextes humanitaires (UNFPA, Save the Children, 2012); Les jeunes femmes et l'avortement : Le guide d'évaluation de la situation (Ipas, 2011); Lignes directrices pour l'analyse de la situation des personnes handicapées (UNICEF, 2013); et Analyse situationnelle de la santé sexuelle et reproductive des femmes handicapées (UNFPA, 2009).

ANNEXE Q : Questions d'évaluation à utiliser avec les membres de la communauté et les prestataires

Cet outil est référencé dans le Tableau 6 du Chapitre 7 : Des données pour l'action. Ces questions ne constituent pas une liste exhaustive, mais peuvent être utilisées et / ou adaptées pour recueillir des informations auprès des parents, des leaders communautaires et des travailleurs de la santé par le biais de plusieurs évaluations, telles que des analyses situationnelles, des groupes de discussions, des entretiens individuels et des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (KAP). Pour rappel, les praticiens doivent poser à différents groupes d'acteurs des questions relatives à différents groupes de population adolescent.e.s et adapter les questions en conséquence. Nous avons ajouté [préciser tous les sous-groupes] pour les questions que nous recommandons d'adapter pour différents sous-groupes d'adolescent.e.s, ainsi que des exemples de questions adaptées pour les adolescent.e.s handicapés (y compris les déficiences cognitives et les handicaps physiques) et les adolescent.e.s lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels, queer, intersexuels, asexués+ (LGBTQIA+).

	Les parents	Les leaders communautaires	Les agents sanitaires
Connaissance, les attitudes et les comportements des adolescent.e.s	• Vers quels membres de la famille ou autres adultes les adolescent.e.s peuvent-ils se tourner pour obtenir un soutien et des conseils ? • Comment commenceriez-vous à discuter des questions de SSR (puberté, menstruation, sexe et décider quand avoir des bébés en utilisant la contraception ou en accédant à des soins d'avortement) avec vos enfants ? • Les adolescentes handicapés peuvent-ils tomber enceintes ou mettre une autre personne enceinte ? • Les enfants handicapés ont-ils besoin de conseils et de services relatifs à la SSR ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? • Avez-vous un enfant handicapé ? Si oui, es-tu soutenu(e) par les membres de la famille, la communauté et / ou l'établissement de santé pour garantir que ton enfant a accès à des soins de SSR ? Si oui, quels types de soutien fournissent-ils ?	• Quelle est l'attitude de la communauté à l'égard des programmes de SSR pour les adolescent.e.s qui sont actuellement mis en œuvre ou qui l'ont été dans le passé ? • Quel est l'âge moyen du mariage pour les filles de la communauté ? Et pour les garçons ? Cela a-t-il changé depuis que l'urgence a commencé ? Quelles sont les raisons du mariage ? • Comment parleriez-vous une adolescente [précisez tous les sous-groupes] qui vous poserait des questions sur la santé sexuelle et reproductive ? • Quels types de discriminations les adolescent.e.s handicapés et / ou LGBTQIA+ rencontrent-ils dans la communauté ? • Les adolescentes handicapés peuvent-ils tomber enceintes ou mettre une autre personne enceinte ? • Les enfants handicapés ont-ils besoin de conseils et de services relatifs à la SSR ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ? • Y a-t-il des enfants handicapés dans la communauté ? Si oui, la famille est-elle soutenue par la communauté et l'établissement de santé pour garantir que les enfants ont accès aux soins de SSR ? Si oui, quels types de soutien fournissent-ils ?	• Que pensez-vous de l'idée de fournir des services de santé sexuelle et reproductive aux adolescent.e.s ? Vous sentez-vous confiant ? Pensez-vous avoir une formation suffisante ? • Que pensent les membres de la communauté du fait que vous fournissez des services de SSR aux adolescent.e.s ? Et les adolescent.e.s handicapés ? • Pensez-vous que les adolescent.e.s sont suffisamment mûrs pour prendre des décisions concernant les relations sexuelles et l'utilisation de méthodes contraceptives ? • Pensez-vous que les adolescent.e.s handicapés ont la capacité de prendre des décisions concernant leurs besoins en matière de santé reproductive ? • Que pensez-vous du fait que les adolescentes [spécifiez tous les sous-groupes] utilisent la contraception d'urgence, y compris en cas d'urgence ? Qu'en est-il des très jeunes adolescentes qui utilisent des méthodes contraceptives à long terme ? • Comment décririez-vous les connaissances des adolescent.e.s sur l'utilisation correcte des préservatifs ? • Où les adolescent.e.s de la communauté cherchent-ils un traitement contre les IST ? Contraception ? Soins prénatals ? Soins obstétricaux ? Grossesse non désirée ? Soins post-avortement ? • Que faites-vous lorsqu'une adolescente non mariée se présente au centre avec une IST ? Pour avoir des conseils sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et se faire dépister ? Pour la contraception ? Pour des soins prénatals ? Pour des soins obstétriques ? Pour une grossesse non désirée et une avortement ? Pour des complications post-avortement ? Après une agression sexuelle ? • Que faites-vous lorsqu'une adolescente mariée se présente au centre pour recevoir des services de SSR ? Que faites-vous lorsqu'une adolescente non mariée se présente au centre pour recevoir des services de SSR ? • Comment apportez-vous un soutien aux adolescentes handicapées qui viennent au centre pour recevoir des services de SSR ? Posez des questions : Les adolescentes handicapées sont-elles forcées à avorter et à être stérilisées ?

	Les parents	Les leaders communautaires	Les agents sanitaires
Risques relatifs à l'adolescence	• Que pouvons-nous faire pour réduire le nombre d'adolescentes [spécifiez tous les sous-groupes] qui tombent enceintes ? • Les adolescent.e.s [spécifiez tous les sous-groupes] de la communauté sont-ils exposés aux infections sexuellement transmissibles (IST) ? Pourquoi ou pourquoi pas ? • Quels sont les types de rites de passage ou cérémonies traditionnelles pratiqués dans la communauté (mutilation génitale féminine ou ablation, mariage forcé, séquestration, héritage des épouses, etc.) ? Mettent-ils les adolescentes en danger ? Pourquoi ou pourquoi pas ?	• Les adolescentes [spécifiez tous les sous-groupes] de la communauté sont-ils à risque d'IST ? Risquent-elles de tomber enceintes ? Pourquoi ou pourquoi pas ? • Comment les adolescent.e.s de la communauté règlent-ils les conflits ? • Quelles populations d'adolescentes risquent le plus de subir une violence basée sur le genre (VBG) en situation d'urgence ? Ce taux a-t-il augmenté, est-il resté le même ou a-t-il diminué ? • Les adolescentes risquent-elles d'être victimes de la traite ? • Quels sont les risques supplémentaires pour les adolescentes handicapées et LGBTQIA+ en ce qui concerne leurs besoins et les services de SSR ?	• Est-ce que vous traitez beaucoup d'adolescent.e.s pour des complications post-avortement liées à un avortement non sécurisé ? Dans l'affirmatif, pourquoi cette situation selon vous ? • Quel est l'âge moyen du premier accouchement dans la communauté ? • Est-ce que les adolescentes handicapées risquent plus de faire l'objet d'une VBG ? • Quels sont les risques supplémentaires pour les adolescentes handicapées et LGBTQIA+ en ce qui concerne leurs besoins et les services de SSR ? • Quels sont les rites de passage ou cérémonies traditionnelles pratiqués dans la communauté (mutilation génitale féminine ou ablation, mariage forcé, séquestration, héritage des épouses, etc.) ? Quels sont leurs impacts sur la santé ?
Accessibilité et disponibilité de la SSRA renseignements et services	• Où est-ce que les adolescentes [spécifiez tous les sous-groupes] obtiennent des renseignements sur la SSR ? • Selon vous, où devraient-elles obtenir ces renseignements ? • Où les adolescentes [spécifiez tous les sous-groupes] vont-elles pour obtenir des services de SSR, y compris la contraception et soins liés à l'avortement sécurisé ? • Que pensez-vous du fait que les adolescentes [spécifiez tous les sous-groupes] aient accès aux contraceptifs et aux préservatifs ? • Que pensez-vous du fait que les adolescentes [spécifiez tous les sous-groupes] aient accès à des soins d'avortement sécurisé ? • Quelles sont les raisons pour lesquelles les adolescent.e.s [spécifiez tous les sous-groupes] pourraient-ils ne pas solliciter des soins de SSR ?	• Où les adolescent.e.s [spécifiez tous les sous-groupes] peuvent-elles aller pour obtenir des renseignements et des services de SSR, y compris des soins de contraception ? • Où pensez-vous que les adolescent.e.s [spécifiez tous les sous-groupes] devraient obtenir des renseignements sur la SSR ? • Est-ce que les adolescent.e.s [spécifiez tous les sous-groupes] ont accès à la contraception, la contraception d'urgence et les préservatifs ? Qu'en pensez-vous ? • Pour quelles raisons les filles pourraient-elles choisir de ne pas avoir d'enfant ? • Est-ce que les adolescentes [spécifiez tous les sous-groupes] ont accès à des soins d'avortement sécurisé ? Qu'en pensez-vous ? • Quelles sont les raisons pour lesquelles les adolescent.e.s [spécifiez tous les sous-groupes] pourraient ne pas solliciter des renseignements et des services de SSR ? • Quels sont les obstacles rencontrés par les adolescentes en situation de handicap ou LGBTQIA+ pour accéder à des soins de SSR ?	• Comment faut-il répondre aux besoins de SSRA [spécifiez tous les sous-groupes] dans la communauté ? • Quels programmes et opportunités de santé ont été pensés pour toucher les adolescent.e.s [spécifiez tous les sous-groupes] ? Par qui ont-ils été conçus ? • Quelles sont les raisons pour lesquelles les adolescent.e.s [spécifiez tous les sous-groupes] pourraient-ils ne pas solliciter des soins de SSR ? • En dehors de votre centre de soins, où est-ce que les adolescent.e.s ont accès aux produits et services de SSR ? • Si une adolescente [spécifiez tous les sous-groupes] vient dans votre centre pour demander un avortement sécurisé, que faites-vous ?

Sources : Adapté de Boîte à outils SSRA pour les contextes humanitaires (UNFPA, Save the Children, 2012); Les jeunes femmes et l'avortement : Le guide d'évaluation de la situation (Ipas, 2011); Lignes directrices pour l'analyse de la situation des personnes handicapées (UNICEF, 2013); et Analyse situationnelle de la santé sexuelle et reproductive des femmes handicapées (UNFPA, 2009).

ANNEXE R : Fiche de conseils pour le groupe focale pour la SSRA

Cet outil est référencé dans le Tableau 6 du Chapitre 7 : Des données pour l'action. En plus des documents d'orientation pour réaliser des évaluations, voici quelques conseils pour mener des groupes de discussions (FGD), fondés sur le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire et l'expérience du programme.

Préparation & planification

- Formez l'équipe d'évaluation de manière appropriée : L'équipe d'évaluation doit être formée à la tenue de groupe focale avec des adolescent.e.s et de la jeunesse, et cette formation doit spécifiquement inclure des ateliers où pratiquer la tenue de groupe focale. Poser des questions aux adolescent.e.s, comme on le fait pour le conseil, requiert un ensemble de compétences différentes. L'équipe d'évaluation doit utiliser une terminologie que les adolescent.e.s comprennent, poser des questions plus faciles pour lancer la discussion et être prête à fournir des informations et / ou à orienter la victime vers d'autres services proposés (en particulier pour les services de lutte contre la violence basée sur le genre [VBG], si une victime devait divulguer des informations et / ou demander ces services).
- Développez un guide / des ressources de questions : Avant de procéder au groupe focale, les membres de l'équipe d'évaluation doivent déterminer l'objectif de la discussion et la manière dont ils prévoient de mener le groupe focale. Si un guide de questions est utilisé, le guide de questions doit être développé au préalable. Le nombre idéal de questions à poser lors d'un groupe focale est de 10 à 12. Pour les autres méthodes de groupe focale (cartographie corporelle, photos, narration), veillez à apporter tout le matériel nécessaire et à préparer les questions de discussion.
    - Pour toutes les méthodes de groupe focale, les membres de l'équipe d'évaluation doivent s'assurer qu'un temps suffisant est prévu pour les présentations, poser des questions, permettre une discussion approfondie et clôturer la discussion. Si le temps imparti est trop court ou si les questions posées sont trop nombreuses, les informations obtenues auprès du groupe focale peuvent être superficielles et peu utiles au programme. En général, un minimum de deux discussions doit être organisé avec chaque groupe de discussion et des discussions doivent être organisées avec des participants supplémentaires au sein de chaque groupe de discussion jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information se dégage.
- Obtenir les approbations et apporter tout le matériel : L'équipe d'évaluation doit s'assurer d'avoir les approbations correctes, apporter tout le matériel (y compris le guide de groupe focale pour tout le personnel), les formulaires d'assentiment / de consentement, et décider qui posera quelles questions.
    - Au minimum, l'équipe devrait avoir une personne qui facilite la discussion et une autre qui prend des notes. Si vous n'êtes pas en mesure de trouver un membre de l'équipe d'évaluation qui parle la même langue que les participants, votre équipe comprendra également un traducteur qui a été formé à la protection des enfants, à la sécurité et aux protocoles de groupe focale.
- Choisir les participants avec soin : Les participants à un groupe de discussion doivent être d'âge et de sexe similaires, avoir un niveau d'éducation comparable, parler la même langue et être issus de milieux socio-économiques similaires. Les discussions menées dans le cadre de l'évaluation d'un programme de SSRA, par exemple, peuvent être organisées avec des groupes de discussion distincts composés de garçons adolescent.e.s, de filles adolescentes non mariées, de filles adolescentes mariées, de garçons séparés, etc. Faites preuve de souplesse pour réorganiser les groupes - certains adolescent.e.s peuvent s'identifier et choisir de faire partie d'un groupe de discussion différent de celui que vous aviez prévu (par exemple, une très jeune adolescente qui est enceinte peut choisir d'être avec d'autres adolescentes enceintes ou mères adolescentes, plutôt qu'avec d'autres adolescentes). Le nombre idéal de participants par groupe focale est de 8 à 10 personnes. Au minimum, il devrait y avoir plus de participants que de membres de l'équipe d'évaluation.
- Trouver un bon endroit : Choisissez un endroit où vous pouvez garantir la confidentialité des données audio et visuelles. Bien qu'ils soient préférés, les espaces intérieurs ne sont pas toujours nécessaires si vous pouvez trouver des espaces qui offrent encore une certaine intimité aux participants.

Mener le groupe focale

- Présentations et objectif : Assurez-vous que tous les membres du personnel se présentent, y compris le preneur de notes et / ou le traducteur, avant d'expliquer l'objectif du groupe focale (notamment que leur participation est volontaire et que leurs réponses resteront confidentielles et anonymes). Cela crée une atmosphère accueillante pour les adolescent.e.s participants. Obtenir l'aval / le consentement. Établir certaines règles de base, notamment le respect des pensées et des opinions de chacun, et veiller à ce que tout ce qui est partagé dans la discussion reste au sein de ce groupe.
- Faites attention à vos mots : Ne faites pas de promesses que vous ne pouvez pas tenir. Si vous n'êtes pas sûr de la date à laquelle vous pourrez revenir pour parler à nouveau, ne donnez pas de fausses indications sur votre retour.
- Promouvoir l'inclusion : En tant que membres de l'équipe d'évaluation, vous essayez de faire en sorte que tous les participants se sentent comme chez eux pour partager leur point de vue. Si vous remarquez qu'un participant est plus loquace que les autres, vous pouvez utiliser des techniques pour encourager les autres à partager. Veillez à ne forcer personne à participer. La contribution des adolescent.e.s à ces discussions est volontaire. Au lieu de demander à un adolescent plus calme de répondre à la question, vous pourriez lui demander ce qu'il pense de la réponse d'un autre participant. Vous pouvez également apporter des objets qui favorisent l'inclusion, comme un ballon que les adolescent.e.s se passent les uns aux autres lorsqu'ils veulent parler.
- Poser des questions ouvertes : évitez les questions oui / non. C'est une discussion, pas un sondage. Vous cherchez à encourager la conversation entre les participants. N'oubliez pas non plus de faire une pause et de prévoir du temps pour le silence. Les participants peuvent avoir besoin de temps pour réfléchir à ce que vous avez demandé ou à ce que les autres ont dit.
- Se préparer à répondre aux questions : Si un adolescent a besoin d'être orienté vers d'autres services, vous devez être prêt à lui parler de ces services et à lui fournir l'orientation nécessaire sur place.
- S'assurer qu'il y a suffisamment de temps pour fermer : Le preneur de notes doit également surveiller le temps pour donner un avertissement au membre de l'équipe d'évaluation qui facilite le groupe focale lorsqu'il arrive à la fin du temps. Assurez-vous de disposer de suffisamment de temps pour conclure la discussion, faire un résumé et dire au revoir.

Après le groupe focale

- Sauvegarder les données : Comme nous l'avons vu précédemment, il est primordial de garantir la confidentialité et l'anonymat des évaluations effectuées auprès des adolescent.e.s. Vous devez vous assurer que les notes, les transcriptions, les cassettes audio, les formulaires de consentement et tout autre matériel utilisé pendant le groupe focale sont conservés sous clé et détruits en toute sécurité lorsqu'ils ne sont plus utilisés par l'équipe.
- Débriefer et analyser les résultats : Débriefer sur le groupe focale dans un espace privé. Comprendre que certaines des conclusions peuvent être difficiles à traiter et à discuter pour le personnel, donc être prêt à orienter le personnel vers les services de santé mentale appropriés. Travailler avec votre équipe pour analyser les résultats, discuter des thèmes communs (en particulier si vous avez effectué plusieurs FGD pour les comparer) et préparer un rapport avec vos résultats.
- Utilier les données : Vous avez collecté ces données dans un objectif spécifique. Veiller à utiliser les données, notamment en ajustant la programmation ou en plaidant pour un financement supplémentaire et / ou une extension de la couverture. Votre équipe doit consulter les adolescent.e.s, ainsi que les membres de la communauté (sans rompre la confidentialité).
- Partager vos données de manière appropriée : Assurez-vous que vous coordonnez le partage des informations avec d'autres organismes, y compris le personnel du gouvernement, le cas échéant. Vos résultats et / ou recommandations pourraient contribuer à informer d'autres groupes et / ou groupes de travail sur la santé, la SSR, la VBG, etc. et devraient être partagés par le biais des mécanismes de coordination humanitaire pertinents. Les données doivent également être partagées avec les adolescent.e.s et les membres de la communauté dans un format accessible et approprié.

Source : Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings (IAWG, 2018); Programmatic experience from the IAWG ASRH Sub-Working Group.

ANNEXE RR : Guide des FGD pour la SSRA

Cet outil est référencé dans le Tableau 6 du Chapitre 7 : Données d'actions. Les groupes de discussion (FGD) peuvent utiliser un guide standard avec des questions, en commençant par des questions plus générales et en passant lentement au sujet à discuter. Cet outil fournit un exemple de FGD menée par l'équipe de Save the Children au Yémen avec des adolescent.e.s, notamment des adolescentes mariées, des adolescentes non mariées et des adolescent.e.s. Le guide du groupe focale comprend des considérations et des ajustements à prendre en compte pour chaque question selon le public. Il contient également un guide sur la façon de présenter un sujet, passer à un autre et terminer la session de groupe focale.

N.B. : cet exemple vient d'un FGD de l'équipe de Save the Children au Yémen. Ils n'ont pas utilisé toutes les questions énumérées ci-dessous lors de leur discussion avec les différents groupes d'adolescent.e.s, mais ces questions ont permis de les guider dans leur discussion.

Zones de FGD sélectionnées : Tuban, Hota, Radfan et Yafe. Tuban et Hota présentent une ressemblance au niveau de la population urbaine et la composition socioculturelle est similaire. Radfan et Yafe représentent la population rurale. Cependant, Radfan et Yafe ne présentent pas d'environnements similaires. L'idée est d'effectuer un FGD pour chacun des axes mentionnés. Chaque groupe de discussion peut être composé d'un mélange d'adolescent.e.s et de jeunes.

Introduction : Merci de participer à cette discussion aujourd'hui. Votre participation est volontaire. Cela signifie que vous pouvez choisir si vous voulez participer ou non. Si vous décidez que vous ne voulez pas participer à la discussion, n'hésitez pas à partir à tout moment. [*Instruction pour l'animateur : prendre le formulaire de consentement de Sheik avant de commencer le FGD.*]

Aujourd'hui, nous allons parler de vos expériences avec les services de santé dans la communauté. Nous aimerions connaître votre opinion sur les services et les informations de santé offerts aux adolescent.e.s / jeunes de votre communauté. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses aux questions. Je ne vous poserai pas de questions sur vos expériences personnelles, mais si vous souhaitez partager quelque chose qui vous semble intéressant et que vous vous sentez à l'aise de le faire, cela peut nous aider dans nos recherches. En outre, si vous ne vous sentez pas à l'aise pour répondre à certaines questions, vous êtes libre de ne pas y répondre. Les idées et les opinions de tous les membres du groupe sont importantes pour nous. Nous vous demandons de respecter l'opinion de l'un et l'autre. Cela signifie que nous laissons chaque personne parler et écouter ce qu'elle a à dire. Nous vous demandons également de garder privé tout ce qui est dit dans cette discussion et de ne rien partager de ce qui est dit dans la discussion en dehors de cette salle. Comme je l'ai déjà dit, votre nom ne sera pas écrit et toutes les réponses resteront confidentielles. La raison pour laquelle nous recueillons ces informations est de comprendre votre expérience des services de santé que notre organisation et d'autres organisations offrent aux adolescent.e.s et aux jeunes et, si possible, d'apporter des améliorations à nos services en réponse aux choses que vous partagez avec nous.

Avant de commencer, est-ce que vous avez des questions ? Très bien, merci. Commençons.

Questions introductives

1. Est-ce que chaque personne pourrait me dire son nom et ce que vous aimez faire pour vous amuser ?
2. À quoi ressemble votre journée quotidienne ?
    a. Autrement dit : Comment passez-vous votre journée ?
3. Que voulez-vous faire quand vous serez grand ? Quels sont vos objectifs ?

Questions de santé

4. Que faites-vous quand vous êtes malade ?
    a. Sondez : À qui parlez-vous ? Parlez-vous avez à vos amis ? Où trouvez-vous des informations sur la santé ?
5. Avez-vous des questions sur votre santé ou les changements de votre corps ? Si c'est le cas, posez toutes l es questions.
6. Où allez-vous lorsque vous tombez malade ?
7. Avez-vous eu à solliciter les services de la clinique sanitaire ?
    a. Sondez : Pourquoi ? Quelle a été votre expérience (renseignez-vous sur les prestataires de services, la sécurité pour se rendre à la clinique, peuvent-ils s'y rendre sans accompagnateur) ? Deviez-vous être accompagnés pour vous rendre à la clinique ? Si oui, qui vous a accompagnés à la clinique sanitaire ? Etiez-vous à l'aise et capables de poser vos questions ou la discussion avec la personne prestataire de services a-t-elle été faite par la personne qui vous a accompagnés ?
    b. Si vous n'êtes pas allés à la clinique sanitaire pour accéder aux services, pourquoi ?
8. Que savez-vous des changements qui se produisent dans votre corps ?
    a. Sondez - **Filles** : Comment le corps d'une fille se transforme-t-il lorsqu'elle passe du statut de fille à celui de femme ? Qu'est-ce que ces changements signifient ?
    b. Sondez - **Garçons** : Comment le corps d'un garçon se transforme-t-il lorsqu'il passe de l'état de garçon à celui d'homme ? Qu'est-ce que ces changements signifient ?
9. A qui vous adressez-vous quand vous voulez des conseils sur les problèmes des changements de votre corps ? Où obtenez-vous des renseignements à ces sujets ? Sondez d'avantage - Parlez-vous avec vos proches / amis pour avoir des renseignements ou des conseils ? Consultez-vous les médias ou l'internet ? Veuillez expliquer.

Questions sur le mariage précoce

10. Pour demander **aux adolescentes** : quels rôles les filles et les femmes ont-elles généralement dans votre communauté ? Quels rôles les garçons et les hommes ont-ils dans votre communauté ? Certains de ces rôles ont-ils changé récemment ou durant les dernières années ? Y a-t-il un changement de rôles en ce qui concerne l'accès aux services de soins de santé ? Obtenez-vous rapidement l'autorisation de quitter la maison pour vous rendre à ces services ?

    a. Utilisez les questions suivantes pour demander **aux adolescent.e.s garçons** : Quels sont les rôles des garçons et des hommes dans votre communauté ? Quels rôles les filles et les femmes jouent-elles généralement dans votre communauté ? Certains de ces rôles ont-ils changé récemment ou durant les dernières années ? Y a-t-il un changement de rôles en ce qui concerne l'accès aux services de soins de santé ?

11. A quel âge les gens de votre communauté se marient-ils habituellement ?

    a. Sondez - Filles : à quel âge les filles de cette région se marient-elles habituellement ?

    b. Sondez - Garçons : à quel âge les garçons de cette région se marient-ils habituellement ?

12. Connaissez-vous des filles et des garçons qui se marient avant l'âge de 18 ans ? Si oui, pourquoi ? Selon vous, pourquoi ces garçons et ces filles se sont-ils mariés ? Était-ce leur décision ou celle de quelqu'un d'autre ?

13. Que pensez-vous des filles et des garçons qui se marient avant 18 ans ? Pensez-vous que c'était une bonne idée pour vous lorsque vous vous êtes mariés ? Auriez-vous préféré vous marier plus tard ?

    a. Utilisez les questions suivantes pour demander **aux adolescentes non mariées** : Pensez-vous que c'est une bonne pratique ou diriez-vous que les jeunes filles ne devraient pas se marier à cet âge ? Que faire si la jeune fille se marie avec un homme plus âgé qui a des ressources ? Est-ce alors une bonne idée ?

    b. Utilisez les questions suivantes pour poser **les garçons adolescent.e.s** : Pensez-vous que le mariage des garçons avant 18 ans est une bonne pratique ou diriez-vous que le mariage avant 18 ans ne devrait pas avoir lieu ? Que faire si une jeune fille (moins de 18 ans) est mariée à un homme plus âgé (20 ans ou plus) ? Est-ce alors une bonne idée ?

14. Pour les **adolescentes mariées** : comment le fait de se marier à un jeune âge affecte-t-il les filles et les garçons dans ce domaine ? Décrivez votre vie de jeune fille mariée ?

    a. Posez les questions suivantes aux **adolescentes non mariées** : Si vous vous mariez à un jeune âge, comment cela affecte-t-il vos objectifs ? Pouvez-vous continuer à aller à l'école si vous vous mariés jeunes ?

    b. Utilisez les questions suivantes pour poser les **garçons adolescent.e.s** : Si vous vous mariez à un jeune âge, comment cela affecte-t-il vos objectifs ? Pouvez-vous continuer à aller à l'école si vous vous mariés jeunes ?

Conclusion : Ceci conclut notre groupe de discussion. Merci beaucoup d'être venus et de partager vos pensées et opinions avec nous. Comme nous l'avons déjà dit, nous espérons utiliser les informations que vous avez toutes fournies aujourd'hui pour améliorer les services de santé pour vous et les autres adolescent.e.s et jeunes de cette communauté. Si vous avez des questions, veuillez nous nous le faire savoir.

Source : Focus Group Discussion for Adolescent.e.s in Yemen (Save the Children, 2019).

ANNEXE S : Echantillon description de poste pour le coordinateur SDSRA

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Recrutement, soutien et responsabilités du personnel du chapitre 8 : Notes d'orientation et outils pour les gestionnaires. LLa description de poste concerne le rôle de coordinateur de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescent.e.s (SDSRA).

Titre du poste :	**Coordinateur Santé et droits sexuels et reproductifs des adolescent.e.s (SDSRA)**
Type d'employé :	**Temps plein**
Titre du superviseur :	**Manager de santé reproductive**

Objectif du rôle

<Nom de l'organisation> est en train de mettre en œuvre un programme de santé et de droits sexuels et reproductifs des adolescent.e.s (SDSRA) à < Nom du lieu > en partenariat avec le ministère de la santé et le sous-groupe de la santé sexuelle et reproductive (SSR). Le programme doit répondre aux besoins de SSR des jeunes gens, notamment en améliorant leur accès à l'information et aux services améliorant les résultats de protection et de santé pendant et après la crise < Nom de la crise humanitaire >. Il est également attendu que les résultats de la mise en œuvre du projet éclairent les politiques et les lignes directrices en matière de SDSRA et soutiennent l'élargissement des programmes de SDSRA pour les adolescent.e.s et les jeunes.

Portée du rôle

Le coordinateur SDSRA sera chargé de veiller à la bonne exécution des activités quotidiennes du projet SDSRA à < Nom du lieu > et de s'assurer que les buts et objectifs du programme sont atteints. Il / elle assurera la supervision de l'équipe de projet du SDSRA afin de s'assurer que le projet atteint ses objectifs. Le projet sera étroitement soutenu par les programmes de santé, d'éducation et de protection de l'enfance afin de s'assurer que des services holistiques de haute qualité sont offerts pour promouvoir le bien-être des adolescent.e.s de < Nom du lieu >.

Principaux champs de responsabilité :

Mise en œuvre du projet

- Organiser des réunions avec les membres de la communauté, y compris les adolescent.e.s / les jeunes, et les principales parties prenantes du programme afin d'obtenir l'adhésion et le soutien à la mise en œuvre du projet;
- Organiser des sessions de dialogue communautaires SDSRA trimestrielles pour le projet;
- Organiser des formations pour les travailleurs de la santé et les représentants du ministère de la santé sur la fourniture de services de SSRA;
- Engager les parties prenantes concernées, y compris les adolescent.e.s / les jeunes, à identifier les moyens de rendre les établissements de santé et autres points de prestation de services plus conviviaux pour les adolescent.e.s / jeunes.

- Mener des activités de sensibilisation impliquant des agents de santé communautaires pour fournir des services mobiles de SSRA, en ciblant spécifiquement les adolescent.e.s difficiles à atteindre et ceux qui sont exposés à un risque accru, tels que les adolescent.e.s mariés, les adolescentes enceintes ou les mères adolescentes, et les adolescent.e.s handicapés;
- Appuyer le recrutement, la formation et l'encadrement de jeunes volontaires pour fournir des informations sur la SSRA dans les écoles, les espaces adaptés aux enfants / adolescent.e.s / jeunes filles par le biais de matériel d'IEC, de jeux et d'activités théâtrales;

Partenariats pour la mobilisation sociale

- Contribuer à la formation et à l'opérationnalisation d'un groupe de travail technique sur la SSRA pour superviser et soutenir la prestation de services de SSRA dans <Nom du lieu>;
- Développer et encourager les partenariats avec les principaux acteurs du ministère au niveau national et des provinces afin de garantir une collaboration étroite avec le gouvernement;
- Appuyer les réunions avec le ministère de la santé et d'autres ministères concernés, tels que le ministère de l'éducation, pour plaider en faveur de la mise en œuvre des services de SSRA et utiliser les résultats du projet pour partager les enseignements et, le cas échéant, mettre à jour les politiques de SSRA et / ou la mise en œuvre des activités de SSRA;
- Développer des partenariats avec des groupes religieux, des groupes de femmes, des prestataires de soins, des agents de santé communautaires, des groupes d'adolescent.e.s / jeunes et d'autres groupes communautaires pertinents afin de les orienter sur les objectifs du projet et de solliciter leur participation à la mise en œuvre du projet;

Suivi et évaluation

- Travailler avec des collègues de suivi et d'évaluation et des partenaires de recherche locaux pour mener des activités de suivi et d'évaluation, y compris la conduite d'évaluations, la rédaction de rapports de suivi et la préparation de documents et de leçons apprises;
- S'assurer qu'un contrôle de routine a lieu et que des mesures correctives sont prises le cas échéant, dans le respect des règles fixées dans le cadre de chaque intervention;
- Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de mécanismes de participation et de responsabilisation des adolescent.e.s pendant le projet;
- Faciliter la dissémination des leçons apprises, des meilleures pratiques et des résultats de la recherche opérationnelle à la fois au sein de l'organisation et à l'extérieur avec les adolescent.e.s / les jeunes et les membres de la communauté à / de <Nom du lieu>; les organismes gouvernementaux concernés; les partenaires du sous-cluster SSR; d'autres organisations internationales et locales de SSR;

Gestion des subventions et rapports

- Superviser la mise en œuvre du plan de travail du projet, y compris l'élaboration de plans d'action hebdomadaires / mensuels pour suivre la mise en œuvre du projet;
- Participer aux réunions d'évaluation des subventions;
- Préparer les plans de dépenses des activités et s'assurer que les activités et les résultats des projets sont complétés;
- Superviser les activités du projet et les dépenses budgétaires. S'assurer que les dépenses sont autorisées et allouées conformément aux règlements de l'organisation et des donateurs. Examiner le budget mensuel en comparant les dépenses réelles et les feuilles de dépenses. Collaborer avec le département des finances pour s'assurer de l'exactitude des dépenses et des rapports;
- Participer activement à la production de rapports trimestriels, semestriels et annuels sur les performances du programme;

- Qualifications et expériences
- Licence en santé publique, santé communautaire, sciences sociales ou diplôme similaire;
- Au moins cinq ans d'expérience professionnelle pertinente dans le développement, la planification et la gestion de projets de SSR avec une expérience pratique dans la supervision, le suivi et la production des rapports des résultats du projet, ainsi que dans la recherche opérationnelle;
- Expérience en matière de mobilisation communautaire et de mise en œuvre des principes d'engagement des adolescent.e.s;
- Expérience dans le développement de relations de travail efficaces avec des acteurs de haut niveau des agences gouvernementales, des organisations internationales, des donateurs, des ONG, des universitaires et des leaders d'opinion;
- Expérience en formation de travailleurs de la santé et de groupes communautaires sur les sujets de SSRA;
- Excellentes compétences en matière de communication et d'animation, y compris la maîtrise de l'anglais écrit et parlé et de solides compétences interpersonnelles;
- Compétences
- Posséder de très bonnes compétences de communication, notamment des compétences en matière de rédaction et de prise de parole en public;
- Capacité à travailler efficacement dans un environnement multiculturel;
- Traduit l'orientation stratégique en plans et en objectifs;
- Entretient et étend un réseau efficace de personnes au sein de l'organisation, ainsi que des partenariats avec le gouvernement et les agences de développement;
- Capacité avérée à travailler en équipe;

Source : Adapté de Sous-groupe de travail SSRA de l'IAWG outils d'intégration des membres.

ANNEXE T : La SSRA dans les plans d'accueil d'urgence

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Recrutement, soutien et responsabilités du personnel du chapitre 8 : Notes d'orientation et outils pour les gestionnaires. Nous avons rassemblé un recueil de ressources très utilisées au cours du premier mois du plan d'embarquement, mais le personnel peut se référer à des ressources au cours des mois suivants, en fonction de ses besoins pour son travail et ses responsabilités.

	Première semaine	Deuxième semaine	Troisième semaine	Quatrième semaine
Autolecture	**Mission de l'organisation et stratégie au niveau du pays** • Espace réservé aux ressources organisationnelles, telles que les PowerPoints, les déclarations de capacités, les documents stratégiques, etc. • [Espace réservé à la mission organisationnelle mondiale et nationale relative à la SSRA, ainsi que les ressources techniques et programmatiques] • Espace réservé à la sauvegarde des enfants et à la prévention / protection contre l'exploitation et les abus sexuels - procédures opérationnelles standard **Ressources et outils internationaux pour la SSRA** • Boîte à outil pour la SSRA dans les situations de crise humanitaire et vidéo de promotion de la SSRA dans les situations d'urgence **Documents et outils programmatiques pour la SSRA** • Évaluations disséminées par système de cluster sur site internet www.humanitarianresponse.info • Politiques nationales en matière de SSRA et données statistiques • Propositions préalables des agences, plans de travail et budgets (le cas échéant) • Formulaires de données - modèles de registre, rapports de base et d'avancement du site, et activités d'engagement communautaire	**Ressources et outils internationaux pour la SSRA** • Continuer à lire la boîte à outils relative à la SSRA dans les situations de crise humanitaire • Commencer la lecture / relecture du manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire • S'informer ou passer en revue le Dispositif Minimum d'Urgence pour la santé reproductive en situations de crise (DMU) & l'aide-mémoire du DMU. Suivez la formation à distance DMU. • Participer à la formation pour la SSRA en situations de crise et / ou consulter les ressources de la formation pour la SSRA de l'IAWG **Documents et outils programmatiques pour la SSRA** • Continuer à examiner les propositions, les plans de travail, les budgets et les rapports de l'agence en matière de SSRA • Continuer à passer en revue les politiques et statistiques nationales locales en matière de SSR et de SSRA • Examiner les ressources de formation en matière de SSRA existantes au niveau national (le cas échéant), mais aussi les ressources organisationnelles de formation en matière de SSRA	**Ressources et outils internationaux pour la SSRA** • Continuer à lire la boîte à outils relative à la SSRA en situations de crise humanitaire • Continuer à lire le manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire • Se plonge dans le contenu de l'engagement du système de santé et / ou de la communauté et dans les ressources factuelles sur la SSR (par exemple, les soins obstétriques et néonataux d'urgence [SONU] et les conseils cliniques sur les soins d'avortement sécurisé) **Documents et outils programmatiques pour la SSRA** • Se plonger dans les protocoles cliniques nationaux locaux (par exemple, les directives et protocoles en matière de contraception et de prise en charge clinique du viol)	**Ressources et outils internationaux pour la SSRA** • Continuer à lire la boîte à outils relative à la SSRA en situations de crise humanitaire • Continuer à lire le manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire • Continuer à explorer le contenu de l'engagement du système de santé et / ou de la communauté et les ressources factuelles. (par exemple : les SONU et les conseils cliniques relatifs aux soins liés à l'avortement sécurisé) **Documents et outils programmatiques pour la SSRA** • Se plonger dans les protocoles cliniques nationaux locaux (par exemple, contraception et prise en charge clinique du viol)
Actividades	• Rencontrer la personne responsable du programme de SSRA - brève introduction au programme de SSRA et présenter le plan d'intégration et parcourir les chapitres pertinents de la boîte à outils SSRA avec le personnel, en fonction de leur poste (par exemple, les prestataires — examen de l'établissement et conseil) • Rencontrer la personne responsable du suivi et de l'évaluation - examiner les systèmes de données des bureaux nationaux et le plan et les outils de gestion des données sur la SSRA	• Rencontrer la personne responsable du programme sur la SSRA - discuter de la supervision de soutien en examinant les données et en particulier les données permettant de déterminer les besoins en matière de SSR • Chercher à observer / participer à une formation clinique en SSR ou à une activité / formation de clarification des valeurs et de transformation des attitudes (CVAT) relatives à la SSRA • Rencontrer d'autres personnes responsables de la réponse technique pour comprendre leurs stratégies et activités programmatiques	• Réunion de contrôle avec la personne responsable du programme de SSR • Assister à la réunion du sous-cluster SSR au niveau national et / ou infra-national • Visite sur le terrain des sites d'intervention • Rencontrer les partenaires responsables de la mise en œuvre • Continuer à rechercher des opportunités de suivre une formation clinique en SSRA et / ou des formations en CVAT • Le cas échéant, soutenir les processus d'élaboration des propositions, créer des rapports narratifs, conduire des évaluations et diffuser le contenu aux parties prenantes	• Réunion avec la personne responsable du programme de SSR • Poursuivre les réunions avec des partenaires responsables de la mise en oeuvre • Poursuivre la visite sur le terrain des sites d'intervention • Le cas échéant, adapter les programmes de formation, animer des ateliers

Source : Adapté de Sous-groupe de travail SSRA de l'IAWG outils d'intégration des membres.

ANNEXE U : Modèle de proposition de projet autonome SSRA

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Mobilisation des ressources du chapitre 8 : Notes d'orientation et outils pour le gestionnaire. Cet outil fournit des conseils sur ce qu'il faut inclure dans les différentes sections pour une proposition de projet autonome de SSRA.

< NOM DU PROJET SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES Adolescent.e.s DANS LES CONTEXTES HUMANITAIRES >

< NOM DE L'ORGANISATION >

< Dates de début & de fin du projet proposé >

Contexte

- Décrire, en une ou deux lignes, le contexte général de l'urgence humanitaire en cours.
- Décrire, en une ou deux lignes, les conditions auxquelles les adolescent.e.s sont confrontés dans cette situation d'urgence; par exemple, les adolescent.e.s sont confrontés au déplacement, à la perte de leur famille, à la destruction des installations éducatives et récréatives, et au manque de services de santé, etc.
- Décrire, en deux ou trois lignes, les risques spécifiques auxquels les adolescent.e.s sont confrontés en raison de l'urgence; par exemple, les adolescent.e.s sont plus exposés à la violence basée sur le genre (VBG) et à la traite. Inclure des indicateurs et données de pré-urgence, si disponibles, en particulier si ces indicateurs pertinents auront un impact sur la SSRA dans l'urgence en cours; par exemple, les taux élevés existants de mariages d'enfants, de mariages précoces et forcés ou de grossesses d'adolescentes peuvent être accrus pendant l'urgence.

L'intervention proposée

- Énoncez, en une ou deux lignes, l'intervention proposée et expliquez pourquoi elle est importante dans le contexte décrit ci-dessus.
    - Par exemple, « < NOM DE L'AGENCE reconnaît les menaces aux quelles font face les adolescent.e.s à l'occasion du < NOM DE L'URGENCE >. Pour répondre à leurs risques urgents de santé et de protection, < NOM DE L'AGENCE fournira des services de SSRA, y compris NOM DES SERVICES QUE FOURNIRA L'AGENCE >, depuis < NOM(S) DU DES) LIEU(X) > durant < DURÉE DU PROJET >. »
- Indiquez, sur une ligne, si le projet comprendra d'autres organismes partenaires, y compris tout partenariat avec des organismes gouvernementaux.
- Expliquer comment le projet fera participer de manière significative les adolescent.e.s / jeunes, ainsi que les membres de la communauté, pendant le cycle du programme (conception, mise en œuvre, suivi et évaluation).

Objectif du projet

- En une ligne, indiquez ce que vous attendez de votre programme (le résultat souhaité). Le but du projet constitue la base de l'élaboration des objectifs de votre programme.

C'est par exemple :
- <NOM DE L'AGENCE> vise à réduire les besoins non satisfaits des adolescent.e.s dans le domaine des <PROGRAMMES>

Objectifs du projet & activités

- Les modèles des bailleurs de fonds spécifient généralement comment les objectifs et les activités doivent être définis dans la proposition. Portez une attention particulière à leurs exigences liées au format et au contenu.
- Les objectifs décrivent les résultats que votre programme vise à atteindre et la manière d'y parvenir. En règle générale, vous avez besoin de plus d'un objectif pour atteindre le but de votre projet. Les objectifs doivent être SMART ou spécifiques (qui, quoi et où), mesurables (l'ampleur du changement attendu), réalisables (réalistes avec les ressources du programme, la mise en œuvre prévue et le contexte), pertinents (liés aux objectifs du programme / de l'activité et aux préférences des adolescent.e.s / des jeunes) et limités dans le temps (précisant quand l'objectif sera atteint).
- Voici quelques exemples d'objectifs et d'activités proposés :
    - Objectif 1 : À la date du <MOIS / ANNÉE>, une augmentation <PERCENTAGE> d'adolescent.e.s / de jeunes supplémentaires utiliseront les services de SSR à < LIEU DU PROGRAMME > durant <PÉRIODE DE TEMPS>.
    - Activités :
        - Recueillir des informations de base auprès des établissements de santé sur l'utilisation des services par les adolescent.e.s et les jeunes avant de mettre en œuvre les activités du programme
        - Consulter les adolescent.e.s et les jeunes pour développer et diffuser du matériel d'information sur la SSRA adapté aux jeunes, ainsi que pour fournir un retour d'information sur les moyens de rendre les points de prestation de services plus conviviaux pour les adolescent.e.s / jeunes
        - Identifier les points de distribution de préservatifs, d'informations sur la SSR et d'autres produits de SRR demandés par les adolescent.e.s
        - Former et superviser les travailleurs de la santé pour qu'ils fournissent des services de santé adaptés aux besoins des adolescent.e.s
        - Mettre en application les recommandations des adolescent.e.s / jeunes pour rendre les établissements de santé plus accueillants pour les adolescent.e.s / jeunes
        - Identifier et former les agents de santé communautaires pour s'assurer qu'ils mettent en relation les adolescent.e.s à risque (par exemple les adolescent.e.s handicapés, les adolescentes enceintes, etc) avec les établissements de santé pour les services de SSR

Les donateurs exigent généralement un calendrier de réalisation des activités. Un exemple de calendrier est présenté sous ce tableau.

Résultats proposés

Les indicateurs de rendement (ou de processus) mesurent les activités menées pour atteindre des résultats spécifiques.

Parmi des exemples de résultats proposés, on trouve :
- XX prestataires de soins de santé formés sur la SSRA
- XX établissements de santé qui repartissent les données par âge et par sexe
- XX d'orientations par mois par des agents de santé communautaires formés à l'orientation des adolescent.e.s vers les établissements de santé

Résultats proposés

Les indicateurs de résultats (ou de performance) mesurent les changements résultant des activités du programme, tels que les connaissances, les attitudes, les comportements ou la disponibilité des services.

Parmi des exemples de résultats proposés, on trouve :
- Nombre de patients adolescent.e.s ayant reçu une forme de contraception moderne
- Nombre de patients adolescent.e.s ayant un besoin non satisfait de contraception
- Nombre de patients adolescent.e.s ayant reçu un traitement pour des infections sexuellement transmissibles
- Number of adolescent patients who received treatment for sexually transmitted infections

(Pour plus d'exemples d'indicateurs SSRA, veuillez consulter Conception de programme *sous le Chapitre 7 : Données pour l'action.)*

Exemple d'échéancier :

Cet échéancier est destiné aux responsables SSR pour la mise en oeuvre des activités. Les gestionnaires de SSR devraient utiliser des outils de suivi tout au long du projet. Les outils de suivi et les instructions se trouvent dans la section Mise en œuvre et suivi du Chapitre 7 : Données pour l'action.

ECHEANCIER								
ACTIVITÉ	Novembre				Décembre			
	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Agir sur la SSRA évaluation								
Développer la documentation SSRA								
Distribuer la documentation SSRA								
Former et superviser les professionnels de santé pour favoriser des services de santé adaptés aux besoins en SSRA								
Mettre en place des services de santé adaptés aux jeunes								
Identifier des professionnels de santé de la communauté pour orienter les adolescentes enceintes vers des établissements de santé								
Visites de suivi mensuelles dans les établissements de santé adaptés aux jeunes								

Source : Adapté des propositions de projet des membres du sous-groupe de travail SSRA de l'IAWG.

ANNEXE V : Modèle d'appel éclair de l'OCHA

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Mobilisation des ressources du chapitre 8 : Notes d'orientation et outils pour le gestionnaire. Cet outil fournit des conseils sur les informations et le contenu à inclure dans les différentes sections d'un modèle de proposition d'appel éclair du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) des Nations Unies. Bien que chaque donateur ait ses propres directives de proposition, les conseils de ce modèle peuvent être utiles pour compléter d'autres modèles de donateurs.

Organisme(s) attirant(s)	<Nom de l'organisme ou du consortium d'organismes>
Titre du projet	La santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s (SSRA) en <Nom de l'urgence>
Code du projet	XXX-XXXX <Code généré par l'OCHA ou par votre organisation> [Consulter les directives proposées pour remplir cette section]
Secteur ou regroupement	La santé [Vous utilisez peut-être un secteur différent de celui de la santé, en particulier si vous ajoutez la SSRA à un appel éclair plus vaste de l'OCHA]
Objectif(s)	• Augmenter la disponibilité et l'accès aux services de Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s (SSRA) dans la (les) zone(s) affectée(s) • Augmenter la demande / sensibilisation des services de SSRA au travers de la mobilisation communautaire • Impliquer significativement les adolescent.e.s et les membres de leur communauté dans les services de SSRA
Bénéficiaires	Total : <Nombre total de bénéficiaires> Enfants : <Nombre total d'enfants bénéficiaires> Femmes : <Nombre total de femmes bénéficiaires> Autre groupe (précisez) : <Indiquez le nombre d'adolescent.e.s / de jeunes et précisez la tranche d'âge> [Indiquer le nombre total de bénéficiaires que vise votre programme. L'OCHA peut vous demander de spécifier le nombre d'enfants bénéficiaires, de femmes bénéficiaires ou les autres groupes, comme les adolescent.e.s]
Partenaire(s) de mise en œuvre	<Listez tous les partenaires de mise en œuvre avec lesquels votre projet vise à travailler pendant la période du programme> [Selon les directives du bailleur de fonds, il peut s'agir de partenaires avec lesquels l'organisme coordonnera ou de partenaires avec lesquels l'organisme sous-traitera. Comme il s'agit d'un modèle de l'OCHA, les directives consistent à énumérer les partenaires auxquels l'organisme sous-traitera, car on suppose que l'organisme assurera la coordination avec les partenaires du système de coordination humanitaire, tels que les partenaires travaillant dans le cadre du système de groupes sectoriels, le ministère de la Santé, d'autres organisations non gouvernementales, etc.]

Durée du projet	<Durée du projet>
Lieu	<Emplacement(s) du projet>
Priorité	<Groupe cible, intervention, ou secteur prioritaire> [Selon les directives de la proposition, il peut s'agir d'un groupe cible prioritaire (filles de 15 à 19 ans), d'un type d'intervention prioritaire (gestion de l'hygiène menstruelle) ou d'un secteur prioritaire (santé, protection de l'enfance, éducation)]
Nom de la personne ressource du projet :	<Fournissez les coordonnées du directeur pays ou du chef d'équipe> [Dans une situation de crise humanitaire, les affectations du personnel peuvent changer rapidement. Veuillez indiquer les coordonnées d'une personne au rôle plus permanent.]
E-mail de la personne ressource du projet :	<Fournissez une adresse électronique du directeur pays ou du chef d'équipe> [Dans une situation de crise humanitaire, les affectations du personnel peuvent changer rapidement. Veuillez indiquer l'adresse électronique d'une personne au rôle plus permanent.]
Numéro de téléphone de la personne ressource du projet :	<Indiquez le numéro de téléphone du directeur pays ou du chef d'équipe> [Dans une situation de crise humanitaire, les affectations du personnel peuvent changer rapidement. Veuillez indiquer le numéro de téléphone d'une personne au rôle plus permanent.]

Besoins :

<Ceci doit être adapté à l'urgence spécifique. Le modèle de proposition de l'OCHA doit stipuler une limite de mots ou de pages. Consultez plus bas les langues pouvant être utilisées dans la plupart des propositions SSRA.>

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 (et les enfants atteignant l'adolescence durant une crise) sont largement affectés par les situations de crise humanitaire et ont besoin de services SSR essentiels pour prévenir les grossesses non désirées et les avortements dangereux, la violence sexuelle, l'exploitation sexuelle et les abus physiques, les troubles de santé mentale, les infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que la morbidité et la mortalité en général.

Lorsqu'ils passent de l'enfance à l'âge adulte, les adolescent.e.s bénéficient généralement de l'influence de modèles adultes, de normes sociales, de structures et de groupes communautaires (camarades), religieux ou culturels. Cependant, dans les situations d'urgence humanitaire d'origine naturelle ou humaine, ces systèmes de soutien sont considérablement perturbés, ce qui affecte la capacité des adolescent.e.s à se protéger et à adopter des pratiques sûres et saines, y compris des comportements favorisant la SSR.

Dans les situations d'urgence, les adolescent.e.s sont également exposés à toute une série de risques et de dangers auxquels ils sont mal préparés pour faire face. Les adolescent.e.s peuvent aussi souffrir de vulnérabilités, de risques et d'obstacles cumulés causés par un grand nombre de facteurs, y compris 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.

Besoins (suite) :

Dans les situations de crise, les adolescent.e.s - en particulier les filles - sont plus exposés à la violence et à l'exploitation sexuelles aux mains des forces combattantes, des membres de la communauté, des agents humanitaires et du personnel en uniforme en raison de leur manque de pouvoir, de leur manque de ressources et du recours au viol comme stratégie de guerre. De nombreux adolescent.e.s, y compris les plus jeunes, se prostituent pour subvenir à leurs besoins ou ceux de leur famille. Elles peuvent également être exposées au risque de recrutement forcé dans des forces ou groupes armés, ce qui peut accroître leur risque d'exploitation et d'abus sexuels, d'IST et de grossesses non désirées en raison de leur grande mobilité et d'une augmentation des comportements à risque, comme l'abus d'alcool ou de drogues. Les adolescent.e.s qui traversent des crises peuvent perdre espoir en l'avenir et développer une vision fataliste de l'avenir. Cela peut également contribuer à des comportements sexuels à haut risque et à une recherche limitée de soins.

Les besoins, les risques et les obstacles auxquels font face les sous-groupes d'adolescent.e.s sont exacerbés durant les situations d'urgence; ils nécessitent alors une attention toute particulière. Cela s'applique à de très jeunes adolescent.e.s; des adolescentes enceintes, des adolescent.e.s handicapés; des adolescent.e.s séparés de leurs familles (parents ou conjoints) et des adolescent.e.s chefs de ménages; ceux qui ont survécu aux violences sexuelles ou toute autre forme de violence basée sur le genre; et des adolescent.e.s faisant du troc ou du commerce de leur corps. Quelle que soit la source de leur vulnérabilité, tous les sous-groupes d'adolescent.e.s à risque nécessitent une attention particulière et des interventions ciblées pour garantir la satisfaction de leurs besoins en matière de santé reproductive.

Activités

Les interventions de santé reproductive sauvent des vies et sont d'une importance capitale dans toutes les phases du continuum humanitaire. Ce projet vise à assurer que la mise en place d'un Dispositif Minimum d'Urgence pour la santé reproductive en situations de crise (DMU) réponde aux besoins urgents de SSR des adolescent.e.s. Les adolescent.e.s sont créatifs, passionnés, résilients et capables d'imaginer des solutions créatives dans des situations difficiles; ils ont d'énormes capacités qui, lorsqu'elles sont utilisées à bon escient et efficacement, peuvent jouer un rôle important dans leur santé. Par conséquent, ce projet permettra d'impliquer significativement les adolescent.e.s dans chaque phase dudit projet. Ce projet sera aussi mis en œuvre en étroite collaboration avec les membres de la communauté et la sous-section SSR, sous l'autorité du module sectoriel de la santé.

- Consulter les adolescent.e.s, les jeunes et les membres de la communauté au sujet des besoins et obstacles en matière de SSR affectant les adolescent.e.s et les jeunes dans le cadre de différents programmes
- Sensibiliser les professionnels de santé communautaires et les prestataires de soins aux besoins en matière de SSRA et aux moyens efficaces de travailler avec les adolescent.e.s - y compris les recommandations des adolescent.e.s et des jeunes lors des consultations - afin de garantir que les services de SSRA offerts aux populations touchées répondent aux besoins et aux préférences des adolescent.e.s;
- Favoriser la disponibilité du personnel de santé spécialisé en SSRA, dans les cliniques de proximité et autres établissements;
- Aider les agents de santé communautaires à mettre en relation les adolescent.e.s avec les établissements de santé, en particulier pour les adolescentes enceintes, les mères adolescentes et les adolescentes ayant survécu à des violences sexuelles;
- Mobiliser des jeunes bénévoles et des animateurs de la jeunesse pour sensibiliser leurs pairs aux questions de SSRA et les orienter vers des services spécialisés;
- Utiliser d'autres points d'accès et de distribution pour diffuser les informations et produits de SSRA, sur la base de consultations d'adolescent.e.s, de jeunes et de membres de la communauté;
- Aux côtés des adolescent.e.s / jeunes, développer et diffuser du matériel d'information de SSR adapté aux adolescent.e.s / jeunes qui cible divers sous-groupes d'adolescent.e.s.

Résultats

- <NOMBRE DE> prestataires de santé et professionnels de santé communautaires formés à la SSRA
- <NOMBRE DE> professionnels de santé communautaires formés à l'orientation des adolescent.e.s vers des services spécialisés
- <NOMBRE D'> orientations d'adolescent.e.s par les professionnels de santé communautaires vers les services de SSR
- <NOMBRE D'> adolescent.e.s ayant bénéficié de services de SSR préalablement aux activités du programme comparé au
- <NOMBRE D'> adolescent.e.s ayant bénéficié de services de SSR en fin de projet
- <NOMBRE DE> jeunes bénévoles et jeunes éducateurs impliqués dans des programmes d'information destinés à leurs pairs
- <NOMBRE DE> Supports d'information en matière de SSR et de ressources distribués à <NOMBRE D'> adolescent.e.s

Afin de s'assurer que les adolescent.e.s utilisent les services de santé reproductive, les indicateurs clés suivants de la SSRA seront vérifiés dans le cadre de ce projet :

- Nombre et pourcentage de patients atteints d'IST traités < =19 ans (répartis par sexe);
- Nombre et pourcentage de livraisons de dispositifs < =19 ans;
- Nombre et pourcentage de nouveaux utilisateurs de la contraception < =19 ans;
- Utilisateurs de plusieurs méthodes de contraception < =19 ans;
- Nombre et pourcentage de patients ayant reçu des soins post-avortement < =19 ans;
- Nombre et pourcentage de patients ayant reçu des soins pour un avortement sécurisé < =19 ans;
- Nombre et pourcentage de ceux qui ont survécu à une agression sexuelle et qui ont reçu des soins cliniques dans les 72 heures < =19 ans

Source : Adapté des propositions de projet des membres du sous-groupe de travail SSRA de l'IAWG.

ANNEXE W : Directives pour les considérations programmatiques

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Mobilisation des ressources du chapitre 8 : Notes d'orientation et outils pour le gestionnaire. Cet outil fournit un tableau de questions directrices du Comité International de Secours (IRC) pour utiliser les résultats de l'évaluation de la SSRA afin de déterminer les besoins en termes de personnel et de budget.

But	Questions
Afin de déterminer si vous devriez budgéter pour un point de contact / responsable / manager de la SSRA	Selon les résultats de votre évaluation, certains de vos employés actuels possèdent-ils les connaissances, les compétences et les attitudes de soutien nécessaires à la fourniture de SSRA ? Dans sa structure actuelle, l'équipe de projet a-t-elle la capacité de coordonner et de mettre en œuvre des activités supplémentaires de facilité, de communauté, de suivi et d'évaluation nécessaires à la mise en œuvre de la programmation de la SSRA ? Ou un soutien et / ou du personnel supplémentaire est-il nécessaire ? Idéalement, un nouveau projet SSRA devrait avoir du personnel SSRA consacré au projet pour en assurer une programmation de haute qualité. Si le financement est limité, le personnel travaillant sur la SSR peut être formé à la SSR et consacrer une partie de son temps au projet de SSR. **CONSIDÉRATIONS CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE : EMBAUCHE DU PERSONNEL DE LA SSRA** Bien que le fait d'avoir une personne consacrée à la SSRA sur tous les projets aiderait à assurer la priorisation et la mise en œuvre des activités de SSRA, cela n'est pas toujours possible dans le cadre des budgets et des structures de personnel des programmes. Ayez un budget réaliste. Si votre organisation ne dispose pas d'un financement durable pour soutenir un poste de SSRA, pensez plutôt à plaider pour qu'une partie du temps soit consacrée à la SSRA à partir d'un poste de SSRA. Cette personne peut être formée (en utilisant les outils et les ressources de cette boîte à outils) sur la façon de fournir des programmes de SSR qui nt aux besoins des adolescent.e.s.
Déterminer les besoins en formation	Sur la base des résultats de votre évaluation, de quelles formations supplémentaires les prestataires de soins de santé auront-ils besoin ? Les personnels de votre propre agence, y compris ceux issus d'autres secteurs ? Les professionnels de santé communautaires ? Les leaders communautaires ? Les adolescent.e.s ? Les parties prenantes locales ?

Pour déterminer le soutien des prestataires de soins de santé	La réalisation graphique du projet intègre-t-elle des activités visant à améliorer l'action menée par le professionnel de santé et un budget est-il alloué à ces activités ? Des activités de surveillance de soutien et de réexamen des données en matière de SSRA sont-elles inclues ? Au-delà de la phase initiale de l'urgence, votre organisation a-t-elle évalué les normes sociales et sexospécifiques qui influent sur la SSRA ?
Déterminer quelles activités sont nécessaires au niveau de la communauté	Quelles activités communautaires doivent être mises en œuvre pour les adolescent.e.s ? Pour leurs parents ou autres adultes les influençant ? Peuvent-elles être intégrées dans les stratégies et plateformes de mobilisation communautaire existantes ?
Intégrer de manière significative la participation des adolescent.e.s dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du projet	Quels sont les coûts liés à la garantie de la participation des adolescent.e.s aux évaluations initiales et aux réunions de conception du projet ? En cas d'utilisation d'un cadre participatif, les activités de participation, de sensibilisation et de coordination requises sont-elles budgétées ?

Source : Note d'orientation du programme SSRA (IRC, 2019).

ANNEXE X : Échantillon de budget pour un projet de SSRA

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Directives et conception budgétaires du chapitre 8 : Instructions et outils destinés au gestionnaire. Ce tableau fournit un échantillon de budget pour un programme de SSRA. Le tableau comprend quelques unes des catégories budgétaires essentielles et quelques éléments indispensables de lignes budgétaires à soumettre pour un nouveau projet de SSRA. Les budgets du projet de SSRA augmenteront ou diminueront en fonction de la quantité de crédits disponibles et du champ d'application du projet. Ce budget illustratif du projet de SSRA est pour une période de 12 mois et fournira des activités de SSRA à deux endroits. *Remarque : Cet échantillon de budget pour un projet de SSRA ne contient pas toutes les activités potentielles de SSRA que les responsables SSRA pourraient mettre en œuvre au cours d'une mission humanitaire - il ne s'agit que d'exemples de certaines activités. Il ne contient pas non plus de frais généraux ou indirects.*

Élément de ligne budgétaire	Coût par unité	# d'unités	# de mois	Coût total
PERSONNEL				
Manager / Coordinateur de SSRA (100%)	<Salaire par mois>	1	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
Deux responsables de SSRA (100%)	<Salaire par mois>	2	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
Conseiller en santé (20%)	<Salaire par mois>	0,2	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
Manager / de logistique (10%)	<Salaire par mois>	0,1	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
Responsable logistique / des achats (15%)	<Salaire par mois>	0,15	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
Manager / coordinateur M&E (10%)	<Salaire par mois>	0,1	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
Responsable M&E (15%)	<Salaire par mois>	0,15	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>

Chauffeur (40%)	<Salaire par mois>	0,4	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
COÛTS DU PROGRAMME				
Participation des adolescent.e.s et de la communauté	**Coût par unité**	**# d'unités**	**# de mois**	**Coût total**
Réunions d'entrée communautaires	<Le coût par réunion lié à la location de la salle, aux matériels, aux rafraîchissements, à la papeterie et aux certificats>	4	2	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de réunions) par # de mois>
Réunions d'adolescent.e.s	<Le coût par réunion lié à la location de la salle, aux matériels, aux rafraîchissements, à la papeterie et aux certificats>	2	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de réunions) par # de mois>
Ligne d'assistance téléphonique pour les rapports et les réactions de la communauté	<Coût de la ligne d'assistance téléphonique , du téléphone et des frais de service mensuels>	1	11	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de lignes d'assistance télephonique) par # de mois>
Réunion de partage des résultats en fin de projet	<Le coût par réunion lié à la location de la salle, aux matériels, aux rafraîchissements, à la papeterie et aux certificats>	2	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de réunions) par # de mois>
Formations	**Coût par unité**	**# d'unités**	**# de mois**	**Coût total**
Lieu de réunion	<Coût de l'espace par participant>	115	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de participants et de formateurs) par # de mois>
Rafraîchissements & repas	<Coût de restauration par personne>	115	4	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de participants et de formateurs par formation) par # de mois>

Papeterie	<Coût du papier pour que les participants puissent prendre des notes>	100	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de blocs de papier) par # de mois>
Impression et photocopiage	<Coûts d'impression>	5	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de rames de papier) par # de mois>
Per diem de formateurs	<Per diem pour chaque formateur>	15	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de formateurs) par # de mois>
Per diem des participants	<Per diem par participant>	100	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de participants) par # de mois>
Matériel d'Information, Éducation et Communication (IEC)	**Coût par unité**	**# d'unités**	**# de mois**	**Coût total**
Frais de conseiller / graphiste	<Coût par contrat de graphiste>	1	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
Matériel d'impression et de reproduction	<Coûts d'impression>	2.500	3	<Coût par unité multipliée par # d'unités (nombre de copies IEC) par # de mois>
Essai pilote de matériel	<Per diem et coût de transport par consultant et officier SSRA>	3	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de personnes) par # de mois>
Coûts de distribution	<Allocation de transport pour les jeunes bénévoles>	40	10	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de jeunes bénévoles) par # de mois>

Etablissements de santé adaptés aux jeunes	Coût par unité	# d'unités	# de mois	Coût total
Réhabilitation mineure	<Coûts d'installation des rideaux de protection de la vie privée>	2	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de rideaux de protection de la vie privée) par # de mois
Meubles	<Chaises, tables, etc.>	5	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de meubles) par # de mois>
Équipement & matériel	<Coûts des produits de SSR>	250	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de produits de SSR, ex. contraception, serviettes menstruelles, etc.) par # de mois>
Impression et reproduction de formulaires (formulaires cliniques & registres, fiches patients, fiches d'orientation)	<Coûts d'impression>	200	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de rames de papier et de cartouches d'encre) par # de mois>
Séances d'information / groupes de soutien sur la SSRA	<Coût des rafraîchissements, matériels, et allocation de transport >	2	9	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de sessions de groupe) par # de mois>
Carburant pour le générateur	<Coût de carburant par mois>	0,50	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités (coût du carburant par mois partagé avec d'autres projets) par # de mois>
Carburant pour la voiture-ambulance	<Coût du carburant pour l'ambulance par mois>	0,50	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités (coût du carburant par mois, partagé avec d'autres projets) par # de mois>
Frais de maintenance du générateur et de la voiture-ambulance	<Coût de la maintenance du combustible par mois>	0,50	4	<Coût par unité multiplié par # d'unités (coût de maintenance par mois, partagé avec d'autres projets) par # de mois>

Mobilisation communautaire	Coût par unité	# d'unités	# de mois	Coût total
Réunion avec les professionnels de santé communautaires	<Coût des rafraîchissements par participant>	35	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de professionnels de santé communautaires) par # de mois>
Matériel de visibilité	<T-shirts et sacs à dos>	70	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de T-shirts et sacs à dos) par # de mois>
Coûts de transport	<Coût de l'allocation transport par mois par personne>	35	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de professionnels de santé communautaires) par # de mois>
Papeterie	<Papier pour que le personnel puisse prendre des notes>	70	1	< Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de blocs de papier) par # de mois >
Impression de formulaires de SSR (formulaires de professionnels de santé communautaires, d'orientation)	<Coûts d'impression>	350	10	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de formulaires imprimés) par # de mois>
Jeunes bénévoles	**Coût par unité**	**# d'unités**	**# de mois**	**Coût total**
Réunions bimensuelles avec les jeunes bénévoles	<Coûts de rafraîchissements par réunion pour 40 bénévoles et officiers de SSRA>	4	12	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de réunions) par # de mois>
Matériel de visibilité	<T-shirts et stylos>	80	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de T-shirts et stylos) par # de mois>

Papeterie	<Papier pour que les bénévoles puissent prendre des notes>	80	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de blocs de papier) par # de mois>
Impression et reproduction de formulaires (fiches de présence, fiches d'orientation)	<Coûts d'impression>	250	10	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de formulaires imprimés) par # de mois>
Rafraîchissements pour les séances éducatives destinées aux pairs	<Coûts de restauration par personne>	25	10	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de personnes) par # de mois>
Journées de mobilisation	<Coût par événement des flyers, annonces radio, rafraîchissements, location de l'espace et matériels>	2	4	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre d'événements) par # de mois>
Danse et théâtre pour les jeunes	<Coût par événement des flyers, des annonces radio, des rafraîchissements, de la location des espaces, des costumes et des matériels>	2	4	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre d'événements) par # de mois>
Représentation des jeunes aux réunions des groupes de travail SR	<Allocation transport par personne>	2	11	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de représentants de jeunes bénévoles) par # de mois>
Suivi et évaluation	**Coût par unité**	**# d'unités**	**# de mois**	**Coût total**
Groupes de discussion de référence	<Coûts des rafraîchissements, de l'impression, de la papeterie, des dispositifs d'enregistrements et des interprètes locaux par discussion>	4	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de discussions) par # de mois>
Visites de suivi	<Per diem du personnel et coût de transport par visite>	2	10	<Coût par unité multiplié par # d'unités (nombre de visites de suivi) par # de mois>
Évaluation à mi-parcours	<Coût des rafraîchissements, matériaux et interprètes locaux>	1	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
Évaluation de fin de projet	<Coût des rafraîchissements, matériaux et interprètes locaux>	10	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
Atelier de diffusion des résultats du projet	<Coûts de la location de la salle, des rafraîchissements, des interprètes, des matériels et des certificats>	1	1	<Coût par unité multiplié par # d'unités par # de mois>
			COÛT TOTAL DU PROJET	**<Total des coûts>**

Source : Adapté des plans budgétaires / propositions de projet des membres du sous-groupe de travail SSRA de l'IAWG.

ANNEXE Y : Echantillon de notes budgétaires pour le projet SSRA

Il s'agit d'un outil référencé dans la section Directives et conception budgétairesdu chapitre 8 : Instructions et outils destinés au gestionnaire. Ce tableau fournit un échantillon de notes budgétaires dans le cas d'un nouveau projet de SSRA, avec de brèves explications des catégories budgétaires figurant à l'Annexe X. Les notes budgétaires fournissent des indications sur les rubriques et les coûts associés

Notes et justificatifs budgétaires du projet SSRA
Le personnel Le projet sera principalement mis en œuvre par un coordinateur SSRA et deux agents SSRA, avec le soutien technique du conseiller en santé et l'assistance opérationnelle de la logistique, du suivi et de l'évaluation, et d'autres personnels de soutien. La coordination SSRA et deux responsables SSRA travailleront à temps plein. Un personnel SSRA se consacrera exclusivement à la gestion des jeunes bénévoles, tandis que l'autre personnel SSRA sera affecté à la supervision des établissements de santé et des professionnels de santé communautaires. En raison du niveau d'approvisionnement et de logistique impliqué dans le projet, la personne en charge de la coordination de la logistique et celle responsable de la logistique soutiendront le projet à hauteur de 10 % et 15 %, respectivement. Une personne en charge de conduire sera prise en charge à hauteur de 40 % de ce projet et les coûts seront partagés avec d'autres projets de santé. La personne en charge de la gestion / de la coordination du suivi et de l'évaluation (M&E) et celle responsable M&E seront prises en charge à hauteur de 10 % et 15 %, respectivement, pour soutenir les activités de suivi de routine sur le terrain, ainsi que la recherche opérationnelle et le projet final.
Coûts du programme Participation des adolescent.e.s et de la communauté : Le projet sera lancé par des réunions d'adolescent.e.s et de la communauté, et cette ligne budgétaire couvre la préparation des réunions d'adolescent.e.s et de la communauté par la mobilisation radiophonique, les réunions en personne, les invitations aux adolescent.e.s et aux représentants de la communauté et, le cas échéant, par des brochures, le coût du lieu et des rafraîchissements pour les adolescent.e.s et les membres de la communauté qui assistent aux réunions, l'impression des formulaires de consentement, la papeterie et les appareils d'enregistrement pour documenter les réunions, et la prise en charge de dépenses diverses, telles que l'embauche d'interprètes, la location de véhicules ou de projecteurs.
CONSEILS POUR LES RÉUNIONS COMMUNAUTAIRES Les réunions communautaires peuvent réserver beaucoup de surprises ! Essayez d'être aussi préparé que possible à tout résultat. Par exemple, il peut y avoir beaucoup de spectateurs curieux qui décident de se joindre à la réunion. C'est généralement un bon signe, car il vaut mieux une plus grande participation de la communauté qu'une moindre implication. Il est important de s'assurer que tous les participants sont à l'aise pendant la réunion, avec des sièges et des collations adéquats, et que chacun signe un formulaire de consentement pour participer. Si des ordinateurs portables et des projecteurs sont utilisés, assurez-vous qu'il existe une source d'alimentation de secours.
Un service d'assistance téléphonique communautaire et de retour d'information sera mis en place par le biais d'un service de réseau cellulaire. Cette ligne budgétaire couvre les frais de mise en service de la ligne d'assistance téléphonique, du téléphone et les frais de service mensuels. A la fin du projet, les résultats du projet seront partagés avec la communauté, sur base d'une réunion par communauté. Cette ligne, similaire à la ligne budgétaire de la participation communautaire, couvre les frais de préparation des réunions, le coût de la salle, les rafraîchissements, la papeterie, les certificats et la provision pour les dépenses diverses.

Formations

Trois grandes formations auront lieu pendant trois jours en terme d'une formation par jour. Le reste de formations seront assurées par une supervision de soutien et des conseils sur place. La première formation s'adressera à 20 proessionnels de santé (10 de chaque communauté) et cinq représentants du ministère de la santé pour un total de 25 participants. La deuxième formation sera organisée pour un total de 35 professionnels de santé communautaires et la troisième formation sera destinée à 40 jeunes bénévoles, 20 de chaque communauté. Le budget de la formation couvrira le coût de la salle, des rafraichissements et des repas, de la papeterie, de l'impression et de la photocopie du matériel, ainsi que les per diems journaliers nécessaires pour les participants et les formateurs (telles que les indemnités de transport).

Matériels IEC

Un consultant et un graphiste seront engagés pour coproduire, aux côtés des adolescent.e.s et des jeunes, du matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) pertinent sur le plan local et culturel. Ces matériels seront testés auprès d'adolescent.e.s et de jeunes, révisés en fonction de leurs réactions, puis reproduits et distribués par commande groupée, une fois par trimestre (sauf pendant le premier trimestre du projet, car ce temps sera consacré à l'élaboration des matériels d'IEC) afin de garantir un approvisionnement constant de matériels tout au long du projet.

Établissements de santé adaptés aux adolescent.e.s / jeunes

Afin de s'assurer que l'établissement de santé répond aux besoins des adolescent.e.s et satisfasse aux critères de prestation de services discrets et confidentiels, une petite réhabilitation sera assurée, en plus du mobilier, de l'équipement et des fournitures pour les établissements de santé affectés aux deux sites. La petite réhabilitation comprend l'installation de deux rideaux pour accroître la protection de la vie privée des consultations de santé des adolescent.e.s. La papeterie et la reproduction des formulaires et registres essentiels - tels que les dossiers des patients, le registre SSRA, les formulaires des cliniques, les fiches d'orientation, etc. -seront fournis sur une base trimestrielle aux deux établissements de santé. Un groupe de soutien et des séances d'information pour les adolescent.e.s seront organisés dans l'établissement de santé afin d'encourager les adolescent.e.s à accéder aux services de la clinique, pour un total de 9 séances, qui auront lieu environ une fois par mois. Cette ligne budgétaire couvrira les rafraîchissements, le matériel à partager avec les adolescent.e.s, et une petite allocation de transport si nécessaire. Ce projet partagera les coûts avec d'autres projets de santé afin de maintenir l'approvisionnement mensuel en carburant pour les générateurs des cliniques afin d'assurer une alimentation électrique 24 heures sur 24 et le carburant pour les ambulances sur les deux sites. De même, le partage des coûts s'appliquera également pour l'entretien des générateurs et des ambulances une fois par trimestre.

Considérations concernant la mise en œuvre

Il est de bonne pratique pour la mise en œuvre des programmes et pour le soutien des bailleurs de fonds de démontrer le partage des coûts indirects dans la mesure du possible.

Mobilisation communautaire

Des réunions seront organisées avec les professionnels de santé communautaires une fois par mois sur les deux sites et cette ligne budgétaire couvrira les rafraîchissements pour les réunions. Du matériel de visibilité tel que des T-shirts et des sacs à dos sera fourni en gros pour 35 professionnels de santé communautaires. Les allocations de transport seront distribuées au cours des réunions mensuelles afin de permettre aux professionnels de santé communautaires d'accéder aux communautés éloignées et de se rendre fréquemment dans les établissements de santé pour coordonner avec les agents de santé les orientations et les visites ciblées aux nouvelles mères et aux adolescent.e.s à haut risque. Des fournitures de papeterie seront fournies sur une base trimestrielle et des formulaires tels que les fiches d'orientation seront reproduits et distribués aux professionnelsde santé communautaires également sur une base trimestrielle.

Jeunes bénévoles

Le responsable SSRA organisera des réunions deux fois par mois avec les jeunes bénévoles sur chacun des deux sites et cette ligne budgétaire couvrira les rafraîchissements pour les réunions. Du matériel de visibilité tel que des T-shirts et des stylos sera fourni en gros pour les 40 jeunes bénévoles. Des fournitures de papeterie seront fournies sur une base trimestrielle, et des formulaires tels que les fiches de présence et les formulaires d'orientation seront reproduits et distribués aux jeunes bénévoles également sur une base trimestrielle. Des rafraîchissements seront fournis tous les trimestres pour les sessions d'éducation par les pairs et stockés dans un lieu convenu auquel les jeunes bénévoles pourront accéder à chaque fois que des sessions d'éducation par les pairs seront organisées. Sur chacun des deux sites, les jeunes bénévoles organiseront quatre journées de sensibilisation, soit environ une par trimestre pour un total de huit événements, ainsi que quatre représentations de danse et de théâtre pour les jeunes sur chaque site, soit environ une par trimestre pour un total de huit événements. Ces lignes budgétaires couvrent les coûts des dépliants, des annonces à la radio et autres publicités, de la location de la salle nécessaire, des rafraîchissements et des costumes. Au cours du projet, deux adolescent.e.s, un de chaque site, seront nommés par leurs pairs pour les représenter aux réunions mensuelles du sous-groupe SSR. Ces deux adolescent.e.s recevront une allocation de transport pour assister à la réunion mensuelle pendant toute la durée du projet (prévue pour 11 mois, en supposant que le premier mois du projet sera celui où les adolescent.e.s seront nommés).

Suivi et évaluation

Des groupes de discussion de référence seront organisés au début du projet avec quatre groupes de discussion par site. Cette ligne budgétaire couvre les rafraîchissements pour les participants, l'impression des formulaires de consentement, la papeterie et les appareils d'enregistrement pour documenter la session, et l'embauche d'interprètes locaux si nécessaire. Des visites de suivi seront effectuées par la personne responsable du M&E une fois par mois sur les deux sites pendant dix mois, en supposant que le premier mois sera consacré à la collecte d'informations de référence et que le dernier mois du projet sera consacré à l'évaluation de fin de projet et au partage des résultats. Une évaluation à mi-parcours et en fin de projet sera effectuée, et ces lignes budgétaires couvriront une approche participative des évaluations, y compris des rafraîchissements pour les participants, du matériel interactif pour l'implication des participants, et des interprètes locaux si nécessaire. La recherche opérationnelle sera menée par un organisme indépendant, soit des consultants soit des chercheurs universitaires, et couvrira les coûts de leurs honoraires, du transport, du logement, du matériel et des fournitures nécessaires pour mener la recherche, des personnes en charge du recensement et des interprètes, si nécessaire. Un atelier final d'une journée sur la diffusion des résultats du projet sera organisé et auquel participeront des représentants du ministère de la santé, des membres désignés de la communauté, y compris des parents et des enseignants, des professionnels de santé communautaires et des professionnels de santé des cliniques, des jeunes bénévoles désignés et des personnes qui représentent les adolescent.e.s, ainsi que le personnel du projet. Cette ligne budgétaire couvre le coût de la salle, des repas et des rafraîchissements, de l'interprète local si nécessaire, de la papeterie pour les exercices participatifs sur les prochaines étapes, et des certificats.

Source : Adapté des plans budgétaires / propositions de projet des membres du sous-groupe de travail SSRA de l'IAWG.

ANNEXE Z : Formulaire du plan d'action

Cet outil est référencé dans la section Mise en œuvre du programme du chapitre 8 : Conseils et outils pour les gestionnaires. Cet échantillon de plan d'action peut être utilisé lors des visites de supervision, ainsi que pour l'élaboration, la conduite et la mise en œuvre des activités du programme.

Activité	Population cible	Apports, ressources et approbations nécessaires	Engagement des adolescent.e.s	Suivi des activités et calendrier	Période de temps	Impact / Résultat
Exemple : organiser une formation sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s (SSRA)	Prestataires de services à la clinique [insérer le nom]	Matériel, temps du personnel, approbation des superviseurs, frais de la salle, frais de service traiteur pour la restauration Travailler avec l'équipe financière à l'élaboration du budget des dépenses	Contacter le groupe de travail des jeunes pour revoir le programme de formation et / ou participer à la formation	Effectuer une évaluation des établissements de santé tous les trimestres Examiner les registres des établissements pour suivre l'utilisation des services de SSRA Programmer un stage de perfectionnement dans un délai d'un an	Avril - mai : planifier la formation, obtenir le soutien et l'approbation, préparer le matériel et le budget Date cible : juin 2019	• Connaissances et compétences accrues chez les fournisseurs de services; • Qualité des services pour les adolescent.e.s améliorée; • Utilisation des services de SSRA accrue

Source : Adapté du Plan d'action des membres du sous-groupe de travail de SSRA de l'IAWG.

TABLEAU DES RESSOURCES

Le tableau des ressources fournit une liste de toutes les ressources citées dans la boîte à outils, par chapitre. Pour une liste complète des citations de chaque chapitre, consultez le site web de la boîte à outils SSRA de l'IAWG.

PRÉAMBULE ET CHAPITRE 1 : INTRODUCTION		
Ressource	**Organisation (Année)**	**Description**
Convention relative aux droits de l'enfant	Nations Unies Le Bureau du Haut Commissaire aux droits de l'homme (1990)	La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant est un traité des droits de l'homme, qui énonce les droits civils, politiques, économiques, sociaux, sanitaires et culturels des enfants.
Personne Gingenre	Killermann (2017)	Un outil d'apprentissage qui permet de décomposer le concept important du genre en de petites bouchées digestibles, en utilisant une image d'une personne gingenre et en identifiant les quatre composants du genre.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (Chapitre 3 : Dispositif minimum d'urgence [DMU])	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.

CHAPITRE 2 : FEUILLE DE ROUTE POUR L'UTILISATION DE LA BOÎTE À OUTILS DU SSRA		
Ressource	**Organisation (Année)**	**Description**
Boîte à outils sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s pour des situations de crise humanitaire	UNFPA et Save the Children (2012)	La boîte à outils SSRA pour les situations de crise humanitaire fournit des informations et des conseils pour défendre la SSRA et mettre en œuvre des interventions de SSRA incluant les adolescent.e.s. La boîte à outils est un compagnon du manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire de 2010.
Les lignes directrices de l'IASC sur le travail avec et pour les jeunes dans les crises humanitaires et prolongées *(ressource disponible uniquement en anglais)*	Force d'intervention 1 du pacte pour les jeunes dans l'action humanitaire (2020)	Un outil de programmation de terrain facile à utiliser avec des principes, des conseils, et exemples pour comment planifier, concevoir, exécuter, et suivre les interventions avec et pour les jeunes au long du cycle de programme humanitaire.

Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (Chapitre 6 : SSRA)	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Manuel de terrain inter-organisations sur la santé sexuelle en situations de crise humanitaire : (Chapitre 3 : DMU)	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.

CHAPITRE 3 : PARTICIPATION SIGNIFICATIVE		
Ressource	**Organisation (Année)**	**Description**
Boîte à outils pour l'engagement des adolescent.e.s et des jeunes	Pas de génération perdue (2018)	Il s'agit d'un guide pratique spécifique au contexte pour soutenir l'engagement des jeunes au sein des programmes humanitaires et du développement au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Il présente aussi des outils permettant de promouvoir et surveiller l'engagement civique, social et économique mené par des adolescent.e.s et des jeunes. Les deux ensembles d'outils fournissent des outils spécifiques de surveillance et des pratiques prometteuses.
Cartographie de communauté SSRA *(ressource disponible uniquement en anglais)*	IRC (2018)	Exemple de cartographie de communauté de l'IRC pour groupes d'adolescent.e.s, qui a été adaptée du guide de la recherche action participative pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s de l'IRC.
La carte performance communautaire *(ressource disponible uniquement en anglais)*	CARE (2013)	La carte performance communautaire est un outil de participation bidirectionnel et continu pour l'appréciation, la planification, le suivi et l'évaluation des services. Ce dispositif est facile à utiliser et peut s'adapter dans n'importe quel secteur dans lequel on trouve un scénario de prestation de services. C'est un moyen passionnant d'accroître la participation, la responsabilité et la transparence entre les utilisateurs de services, les prestataires et les décideurs.
Les familles font la différence : Guide de mise en oeuvre de parentage *(ressource disponible uniquement en anglais)*	IRC (2016)	Il s'agit d'un guide pratique pour la mise en œuvre du programme « Families Make the Difference Parenting Skills». Il fournit des conseils étape par étape sur la manière de mettre en place et de mettre en œuvre le programme. Ce guide se base sur l'expérience de l'IRC dans la mise en oeuvre de programmes de parentage au Burundi, Libéria, Tanzanie, et Thaïlande.

La fleur de la participation	CHOIX pour la jeunesse et la sexualité et YouAct (2017)	La Fleur de la participation est un outil qui utilise la métaphore d'une fleur qui s'épanouit pour décrire les différentes formes de participation significative des jeunes et comment une participation significative des jeunes peut croître et s'épanouir. L'image de la fleur repose sur la théorie 'Ladder of Participation' (l'échelle de participation), développée par Roger Hart. (Roger Hart, Children's participation – From Tokenism to Citizenship, UNICEF, 1992).
Girl Shine Caregiver Curriculum *(ressource disponible uniquement en anglais)*	IRC (2018)	Le programme d'études de Girl Shine Caregiver a été conçu pour être mis en œuvre avec les femmes et les hommes qui s'occupent des adolescent.e.s non mariées. Il apporte un soutien complémentaire au programme d'enseignement des compétences de la vie courante de Girl Shine.
Approche I'm Here	WRC (2016)	Une série d'étapes et d'outils de terrain complémentaires pour aider les acteurs humanitaires à atteindre les filles adolescentes les plus vulnérables, et à être responsable de leur sécurité, santé et bien-être dès les premiers jours de riposte à une crise.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (Chapitre 3 : Dispositif minimum d'urgence [DMU])	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Recherche-action participative pour SSRA *(ressource disponible uniquement en anglais)*	IRC	Cette ressource de l'IRC est un modèle pour une participation significative des adolescent.e.s et de la communauté qui pourrait être utilisé dans les situations de crise humanitaire.
Qualité définie de partenariat pour la jeunesse (PDQ-Y) *(ressource disponible uniquement en anglais)*	Save the Children (2011)	Qualité définie de partenariat pour la jeunesse (PDQ-Y) est une approche visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des services dans laquelle les jeunes sont impliqués dans la définition, la mise en œuvre et le suivi du processus d'amélioration de la qualité. Le processus du PDQ-Y implique que la jeunesse, les prestataires de soins de santé et les autres parties prenantes travaillent ensemble pour surmonter les insuffisances des services de santé destinés à la jeunesse.
Conseils pratiques pour engager les adolescent.e.s et les jeunes dans la riposte à la COVID-19 *(ressource disponible uniquement en anglais)*	UNICEF (2020)	Ce dossier fournit des conseils pratiques pour les bureaux pays de l'UNICEF, les partenaires et les jeunes eux-mêmes sur l'engagement des adolescent.e.s et des jeunes dans le cadre de l'état de préparation et de riposte à la COVID-19.

Boîte à outils pour des espaces de guérison et d'apprentissage sécurisés *(ressource disponible uniquement en anglais)*	IRC (2016)	Un espace d'apprentissage et de guérison sécurisé (SHLS) est un lieu sécurisé, attentionné et prévisible où les enfants et les adolescent.e.s vivant dans des situations de conflit et de crise peuvent apprendre, se développer et être protégés. La boîte à outils SHLS fournit aux praticiens de la protection de l'enfance et de l'éducation des enfants tout le contenu nécessaire pour lancer un programme SHLS.
Plan de session pour la réunion participative avec les membres de la communauté Plan de session pour la réunion participative avec les parents *(ressources disponibles uniquement en anglais)*	IRC (2018)	Documents d'orientation pour les responsables de programmes / mobilisateurs communautaires sur la manière de faciliter une réunion interactive avec les leaders communautaires et les parents sur la SSRA. Ces outils ont été adaptés de l'étude de recherche opérationnelle « They Know Best » de l'IRC et du modèle et de l'ensemble de ressources du programme SAFE (Soutenir les adolescent.e.s et leurs familles dans les situations d'urgence).
Transfert du pouvoir à la jeunesse –– Comment les jeunes peuvent diriger et entraîner des solutions dans l'action humanitaire *(ressources disponibles uniquement en anglais)*	ActionAID et Restless Development (2019)	Ce rapport identifie les enseignements et les bonnes pratiques pour transférer le pouvoir aux jeunes dans l'action humanitaire. Les conclusions sont issues d'une collaboration entre ActionAid et Restless Development.
Cartographie sociale SSRA *(ressources disponibles uniquement en anglais)*	IRC (2018)	Exemple de cartographie sociale de l'IRC pour les groupes d'adolescent.e.s, qui a été adapté du Guide de recherche sur l'action participative pour la Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s de l'IRC.
Résumé du projet SAFE (Soutenir les adolescent.e.s et leurs familles dans les situations d'urgence) *(ressources disponibles uniquement en anglais)*	IRC (2019)	SAFE est un programme de protection et de soutien psychosocial destiné à renforcer les capacités des acteurs en première ligne afin que les adolescentes et les adolescent.e.s (10 à 19 ans) soient plus en sécurisés, mieux soutenus et dotés de stratégies d'adaptation positives dans les situations d'urgence grave. Ce site web propose également des liens vers l'ensemble des ressources de SAFE.
They Know Best - Tester des ensembles d'interventions visant à améliorer l'accès et le recours des adolescent.e.s aux services de santé sexuelle et santé reproductive dans les situations d'urgence *(ressources disponibles uniquement en anglais)*	IRC (2020)	Pour répondre aux besoins des adolescent.e.s dans les situations de crise humanitaire, l'IRC s'est appuyé sur les meilleures pratiques fondées sur des preuves, ainsi que sur son expérience dans les situations de crise humanitaire, pour tester deux différents ensembles d'interventions visant à accroître l'accès, l'utilisation et la qualité des services de SSRA dans deux différentes situations d'urgence complexes chroniques au Nigeria et au Sud Soudan.

Vers une nouvelle normalité: les jeunes à l'œuvre pour faire avancer la santé sexuelle et reproductive	Le projet YIELD (2018)	Dan un effort de mieux comprendre l'état du domaine, les conclusions du projet Youth Investment, Engagement, and Leadership Development « Développement de l'investissement, de l'engagement et du leadership de la jeunesse » (YIELD) offrent une identification des pratiques prometteuses, une description des impacts à plusieurs niveaux et des recommandations pour l'avenir. La carte du processus de participation de la jeunesse (que le boîte à outils a adapté pour la figure G) se trouve à la page 7 du rapport de YIELD, figure 2.
Guide pour la participation de la jeunesse : évaluation, planification et mise en œuvre *(ressource disponible uniquement en anglais)*	Family Health International en collaboration avec Advocates for Youth (2008)	Le Guide pour la participation de la jeunesse vise à accroître le niveau de participation significative des jeunes aux programmes de santé reproductive et de lutte contre le VIH / Sida au niveau institutionnel et programmatique. Le public cible comprend les cadres supérieurs et intermédiaires, les gestionnaires de programmes, le personnel impliqué dans des activités de mise en œuvre et les jeunes qui peuvent être engagés à tous les niveaux du travail d'une organisation. Ce guide peut également être adapté pour être utilisé dans d'autres types de programmes de développement de la jeunesse.

CHAPITRE 4 : ACTIVITÉS PRIORITAIRES EN MATIÈRE DE SSRA DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Ressource	Organisation (Année)	Description
Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s en situations de crise humanitaire	UNFPA et Save the Children (2012)	La boîte à outils SSRA pour les situations de crise humanitaire fournit des informations et des conseils pour défendre la SSRA et mettre en œuvre des interventions de SSRA incluant les adolescent.e.s. La boîte à outils est un compagnon du manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire de 2010.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire : Chapitre 3 : Dispositif minimum d'urgence (DMU)	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Prêt à sauver des vies : Boîte à outils pour la préparation aux soins de SSR dans les situations d'urgence	IAWG (2020)	Cette boîte à outils - créée par les partenaires de l'IAWG FP2020, IPPF, JSI, WRC et UNFPA - est une boîte à outils pour la préparation des soins de SSR en cas d'urgence. Le but de cette boîte à outils est de rassembler l'apprentissage et l'orientation existants comme point de départ pour que les parties prenantes puissent commencer le travail de préparation à la SSR.

Manuel sphère : Charte humanitaire et normes minimales de la réponse humanitaire	Sphere (2018)	Le projet Sphere, aujourd'hui connu sous le nom de Sphere, a été créé en 1997 par un groupe d'organisations non gouvernementales humanitaires et le Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Cette quatrième édition marque le 20e anniversaire du Manuel Sphère et comprend de nouvelles orientations pour travailler en milieu urbain, pour répondre aux normes minimales dans les crises prolongées et pour fournir une assistance par le biais des marchés comme moyen de respecter les normes. Tous les chapitres techniques ont été mis à jour pour refléter les pratiques actuelles, et le Standard humanitaire de base harmonisé remplace les Standards de base précédents.
Les éléments constitutifs des systèmes de santé de l'OMS - Surveiller les éléments constitutifs des systèmes de santé : Un manuel d'indicateurs et de leurs stratégies de mesure	OMS (2010)	Ce manuel fournit un cadre commun de suivi et d'évaluation des efforts de renforcement des systèmes de santé et s'articule autour du cadre de l'OMS qui décrit les systèmes de santé en termes de six composantes essentielles ou « éléments constitutifs » : (i) prestation de services, (ii) personnel de santé, (iii) systèmes d'information sanitaire, (iv) accès aux médicaments essentiels, (v) financement, et (vi) leadership / gouvernance.

CHAPITRE 5 : ALLER AU-DELÀ DES SERVICES DE SANTÉ

Ressource	Organisation (Année)	Description
Boîte à outils de programmation pour les adolescent.e.s	Plan (2020)	Les conseils et les outils de cette ressource sont basés sur des preuves de programmes, de nombreux témoignages d'adolescent.e.s et de bonnes pratiques partagées par le personnel de première ligne dans le monde entier. Il comprend quatre chapitres : 1) Pourquoi nous devrions investir dans les adolescent.e.s en situation de crise; 2) Théorie du changement pour aider les adolescent.e.s à apprendre, diriger, décider et s'épanouir dans les situations de crise; 3) Cadre programmatique qui présente notre cadre de résultats et nos principales interventions; et 4) Guide étape par étape pour la programmation avec et pour les adolescent.e.s en situation de crise, avec les principales considérations pour atteindre et soutenir les adolescent.e.s.
Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s en situations de crise humanitaire	UNFPA et Save the Children (2012)	La boîte à outils SSRA pour les situations de crise humanitaire fournit des informations et des conseils pour défendre la SSRA et mettre en œuvre des interventions de SSRA incluant les adolescent.e.s. La boîte à outils est un compagnon du manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire de 2010.

Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Boîte à outils pour la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) dans les situations d'urgence	L'Université de Columbia et Comité international Comité (2017)	Cette boîte à outils examine la GHM dans une perspective multi-sectorielle et vise à donner des conseils pratiques et rationnels aux agents humanitaires. Elle est co-publiée par 27 organisations de premier plan qui travaillent dans le domaine humanitaire. La boîte à outils est disponible en anglais, français et arabe.

CHAPITRE 6 : SERVICES ET INTERVENTIONS DE LA SSRA		
DES SERVICES DE SANTÉ ADAPTÉS AUX Adolescent.e.s		
Ressource	**Organisation (Année)**	**Description**
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Boîte à outils sur la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) en situations d'urgence	Université de Columbia et IRC (2017)	Cette boîte à outils examine la GHM dans une perspective multi-sectorielle et vise à donner des conseils pratiques et rationnels aux agents humanitaires. Elle est co-publiée par 27 organisations de premier plan qui travaillent dans le domaine humanitaire. La boîte à outils est disponible en anglais, français et arabe.
Prêt à sauver des vies : Boîte à outils pour la préparation aux soins de SSR dans les situations d'urgence	IAWG (2020)	Cette boîte à outils - créée par les partenaires de l'IAWG FP2020, IPPF, JSI, WRC et UNFPA - est une boîte à outils pour la préparation des soins de SSR en cas d'urgence. Le but de cette boîte à outils est de rassembler l'apprentissage et l'orientation existants comme point de départ pour que les parties prenantes puissent commencer le travail de préparation à la SSR.
FORMATION ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DU PERSONNEL		
Transformation de l'attitude face à l'avortement : Une boîte à outils pour la clarification des valeurs pour un public mondial	Ipas (2014)	Cette boîte à outils est une ressource pour les formateurs, les gestionnaires de programmes et les responsables techniques qui organisent ou facilitent des événements de formation et des ateliers de sensibilisation dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Il fournit aux formateurs expérimentés les informations de base, le matériel, les instructions et les conseils nécessaires pour faciliter efficacement la clarification des valeurs de l'avortement et les interventions de transformation des attitudes.

Transformation de l'attitude face à l'avortement : Une boîte à outils de clarification des valeurs pour les publics humanitaires	Ipas (2018)	L'Ipas a produit cette boîte à outils en ligne spécialement conçue pour les milieux fragiles et touchés par des conflits, afin de donner aux publics humanitaires la possibilité d'explorer leurs valeurs, leurs attitudes et leurs connaissances en matière d'avortement - dans le but d'aider à combler l'écart entre les prestations de services et les soins en cas d'avortement dans les situations de crise humanitaire. Cette boîte à outils est conçue pour être une ressource flexible qui peut répondre aux besoins de formation d'une variété de publics et de milieux. Il ne s'agit pas d'un programme structuré, mais plutôt d'un ensemble d'activités et de matériels qui peuvent être utilisés individuellement ou en combinaison, en fonction du calendrier et du programme des différents ateliers selon les besoins.
Transformation de l'attitude face à l'avortement : Activités de clarification des valeurs adaptées aux jeunes femmes	Ipas (2013)	Cette publication complète les soins d'avortement pour les jeunes femmes : Une boîte à outils de formation (Ipas, 2013). Elle modifie six activités de clarification des valeurs et de transformation des attitudes pour se concentrer spécifiquement sur les jeunes femmes et l'avortement. Les animateurs qui souhaitent utiliser ces activités modifiées sont encouragés à se familiariser d'abord avec la transformation de l'attitude face à l'avortement : un kit de clarification des valeurs destiné à un public mondial. Ils doivent également avoir suivi une formation sur les droits et la santé sexuelle et reproductive des jeunes, ou sur les soins en cas d'avortement pour les jeunes femmes.
Cours en ligne sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s dans les contextes humanitaires	Sous-groupe de travail de l'UNFPA, Save the Children, IAWG SSRA (2016)	Ce cours interactif d'une heure fournit une introduction aux besoins des adolescent.e.s en matière de SSR dans des situations de crise humanitaire. Vous travaillerez dans le pays fictif de Loucria, frappé par un tremblement de terre. Suivez Kim de l'organisation Project Youth à sa rencontre avec les adolescent.e.s touchés par le tremblement de terre et définissez les interventions à mettre en place pour et avec eux.
Boîte à outils pour la recherche opérationnelle de la SSRA	IRC	Cette boîte à outils fournit des conseils et une formation complémentaire sur la SSRA pour les professionnels de santé communautaires.
Communication brève relative à la sexualité : Recommandations pour une approche de santé publique	OMS (2015)	Cette ligne directrice fournit aux responsables des politiques de santé et aux décideurs des établissements de formation des professionnels de la santé, des conseils sur la justification de l'utilisation par les prestataires de soins de santé de compétences en matière de conseil pour traiter les problèmes de santé sexuelle dans un contexte de soins de santé primaires.
Programme complet de formation à la santé reproductive et au planning familial : MODULE 16 : SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE POUR LES Adolescent.e.s	Pathfinder (2004)	Ce manuel de formation fait partie du programme de formation complet sur la santé reproductive et le planning familial destiné aux prestataires de services. Il est conçu pour préparer les participants à fournir des services de santé reproductive de qualité aux adolescent.e.s. Il doit être utilisé pour former les médecins, les infirmières, les conseillers et les sages-femmes. Certaines parties du module peuvent être adaptées pour être utilisées avec les professionnels de santé communautaires (CHW) ou les professionnels auxiliaires. Ce module comprend également une liste de contrôle pour l'évaluation des compétences en matière de conseil.

Compétences de base en matière de santé et de développement des adolescent.e.s pour les prestataires de soins primaires	OMS (2015)	Cette ressource vise à aider les pays à développer des programmes éducatifs basés sur les compétences en matière de santé et de développement des adolescent.e.s, tant dans le cadre de la formation initiale que de la formation continue. En outre, il fournit des conseils sur la manière d'évaluer et d'améliorer la structure, le contenu et la qualité du volet « santé des adolescent.e.s » des programmes de formation initiale.
Riposte à la COVID-19	IAWG (2020)	L'IAWG a rassemblé un recueil de ressources pour l'intervention et la mise en œuvre de la COVID-19 provenant de nombreux acteurs humanitaires du secteur de la SSR et de sous-groupes de travail de l'IAWG.
Formation efficace en santé reproductive : Conception et présentation du cours Le manuel de référenceet Le manuel du formateur	Ipas (2011 / 2012)	Le manuel de formation est conçu pour être une ressource pour les formateurs qui dirigent des cours de formation de formateurs dans le domaine de la santé reproductive. Il est conçu pour fournir aux personnes en charge des formations toutes les instructions et le matériel dont elles ont besoin pour aider les apprenant(e)s à renforcer leurs connaissances et leurs compétences en matière de formation, de communication et d'animation, et pour leur permettre de planifier et de mettre en œuvre des cours de formation plus efficaces. Le manuel de formation est destiné à être utilisé avec son document d'accompagnement, Formation efficace en matière de santé reproductive : Conception et mise en œuvre du cours - Manuel de référence.
Une boîte à outils ajustable	Pathfinder (2013)	La boîte à outils ajustable est un ensemble d'outils créés pour apporter des activités amusantes et engageantes qui transforment les résultats en matière de genre et de santé reproductive grâce à un processus en trois étapes : examen des programmes pertinents, recherche formative approfondie avec les adolescent.e.s et les personnes qui les influencent, et un pré-test des projets de documents suivi de révisions.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé sexuelle en situations de crise humanitaire (Chapitre 3 : DMU)	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Les prestataires en tant que portes- étendards de la sécurité des soins en cas d'avortement : Un manuel de formation	Ipas (2019)	Organisé en quatre parties, ce manuel de formation vise à favoriser une perspective de plaidoyer auprès des prestataires de soins de santé qui sont impliqués dans la fourniture d'un avortement et / ou de soins post-avortement. Le manuel aidera les prestataires à reconnaître leur pouvoir personnel de défense et à identifier les différentes circonstances et les moyens de plaider pour des soins complets en matière d'avortement dans les limites de la loi.

Note technique sur le renforcement des capacités des professionnels de santé communautaires à dispenser des soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescent.e.s	H4+ - ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, UNU Femmes, OMS et la Banque Mondiale (2015)	L'objectif de ce dossier technique est d'orienter les responsables des programmes nationaux et les partenaires mondiaux quant aux éléments clés du renforcement des capacités des professionnels de santé communautaires, y compris les considérations relatives aux systèmes de santé et aux programmes, les compétences de base et les interventions fondées sur des données probantes pour les professionnels de santé communautaires le long du continuum de soins SR / SMNEA.
Dossier de formation des personnes en charge des formations sur la SSRA en situation d'urgence pour le personnel gestionnaire de la SSRA	IAWG (2019)	Kit de formation pour enseigner la SSRA aux gestionnaires, spécialistes et le personnel en charge de la coordination de la SSRA dans les situations d'urgence. Le matériel peut également être adapté pour le personnel gestionnaire de la santé. Le kit est disponible en anglais, arabe, espagnol et français et comprend un jeu de diapositives : - PowerPoint avec des notes pour l'animation sur chaque diapositive - Matériel de planification pour l'animation - Exercices de groupe (y compris les exercices CVTA) et les activités de jeu de rôle
Dossier de formation sur la SSRA dans les situations d'urgence pour le personnel non médical	IAWG (2019)	Ensemble de formations destinées au personnel non médical (protection de l'enfant, éducation, abris, etc.). La formation est prévue pour une session courte (une demi-journée ou moins), mais peut être étendue avec les autres supports de formation de l'IAWG pour être plus complète. Le kit est disponible en anglais, arabe, espagnol et français et comprend : - un diaporama PowerPoint avec des notes d'animation sur chaque diapositive
Kit de formation sur la SSRA dans les situations d'urgence pour les prestataires de services, les professionnels de santé et le personnel d'appui à la santé	IAWG (2019)	Kit de formations destinées aux prestataires de services, aux professionnels de santé communautaires et au personnel d'appui à la santé. Le kit contient une fiche d'instructions sur la manière de modifier le kit pour chacun des publics. Le kit est disponible en anglais, arabe, espagnol et français et comprend un jeu de diapositives : - PowerPoint avec des notes pour l'animation sur chaque diapositive - Matériel de planification pour l'animation - Exercices de groupe (y compris les exercices CVTA) et les activités de jeu de rôle
Formation, sensibilisation et partenariat	IAWG (Mise à jour régulière)	La formation, sensibilisation et partenariat de l'IAWG (IAWG-FSP) a été créé en 2006 pour combler les lacunes des services cliniques dans la mise en œuvre du DMU. Grâce à l'élaboration de matériel de formation et à des partenariats avec les principales parties prenantes et le personnel des pays touchés par la crise, la formation, sensibilisation et partenariat se concentre sur une approche intégrée, inclusive et globale de développement des capacités. Cette approche décentralisée garantit l'efficacité et la durabilité à long terme des efforts de renforcement des capacités.

Clarification des valeurs et transformation des attitudes : Module de formation supplémentaire pour la jeunesse sur les soins post-avortement du Manuel du personnel en charge des formations	SPA Consortium (2012)	Ce module de formation est conçu pour être un complément à une formation complète des prestataires de soins de santé en matière de SPA. L'objectif de ce module est d'améliorer les capacités des prestataires à offrir des services SPA de haute qualité aux clientes adolescentes âgées de 10 à 19 ans.
Critères d'éligibilité médicale de l'OMS pour l'utilisation des contraceptifs - Application numérique	OMS (2019)	L'OMS a lancé une application pour ses critères d'éligibilité médicale pour l'utilisation des contraceptifs. Cet outil numérique facilitera la tâche des prestataires de services de planning familial en leur permettant de recommander des méthodes de contraception sûres, efficaces et acceptables pour les femmes présentant des conditions médicales ou des caractéristiques pertinentes sur le plan médical.
Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience d'accouchement positive	OMS (2018)	Cette directive complète et consolidée sur les soins intrapartum essentiels rassemble les recommandations nouvelles et existantes de l'OMS qui, lorsqu'elles sont fournies sous forme d'ensemble, garantiront des soins de bonne qualité et fondés sur des données probantes, quelque soit le cadre ou le niveau des soins de santé. Il introduit un modèle global de soins intrapartum, qui prend en compte la complexité et la diversité de la nature des modèles de soins et de la pratique contemporaine en vigueur.
DES SERVICES EN ÉTABLISSEMENTS		
L'échelle d'auto-efficacité par rapport à l'avortement	Ipas (2020)	L'échelle ASES (Abortion Self-Efficacy Scale) est un outil composé de 15 éléments conçu pour mesurer l'auto-efficacité de l'avortement au niveau individuel et communautaire. L'outil peut être utilisé dans le cadre d'une recherche formative pour éclairer la conception, le contenu et la formulation des messages d'interventions visant à accroître l'auto-efficacité en matière d'avortement. Il peut également être utilisé pour mesurer les changements au fil du temps dans l'auto-efficacité par rapport à l'avortement. De plus, les scores ASES peuvent être utilisés pour comprendre les facteurs associés à l'auto-efficacité par rapport à l'avortement.
Boîte à outils de conseils et de diagnostic de l'âge et des étapes de la vie des adolescent.e.s	USAID (2016)	Les outils d'évaluation et de conseil sur l'âge et le stade de vie des adolescent.e.s présentent un ensemble d'outils et de fiches de conseil à l'usage des prestataires de soins et des professionnels de la santé qui traitent et conseillent les patients adolescent.e.s sur une base individuelle dans l'établissement de santé. Cet outil comprend un ensemble de 23 fiches de conseils supplémentaires sur des sujets spécifiques de SSR que les prestataires de soins de santé peuvent utiliser avec les patients adolescent.e.s pour une séance de conseils plus approfondie.
Aide à l'emploi des adolescent.e.s : Un outil de référence pratique pour les professionnels de la santé primaire	OMS (2010)	L'objectif de l'aide à l'emploi est de permettre aux professionnels de la santé de répondre plus efficacement et avec plus de sensibilité aux besoins des adolescent.e.s. Pour ce faire, il fournit des conseils précis et progressifs sur la manière de traiter les adolescent.e.s lorsqu'ils présentent un problème ou une préoccupation concernant leur santé et leur développement.

L'outil de dépistage ASIST pour la VBG	IRC, JHU « Université Johns Hopkins » (mis à jour continue)	L'IRC travaille avec l'Université Johns Hopkins depuis 2011 sur le pilotage, la mise en œuvre et l'évaluation de l'ASIST-VBG, un outil de dépistage de la VBG développé par l'Université Johns Hopkins spécifiquement pour une utilisation parmi les femmes et les adolescentes plus âgées dans des contextes humanitaires. Ce site web comprend un guide de mise en œuvre du dépistage de la VBG, la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage universel et du protocole d'orientation pour la VBG, ainsi qu'un résumé de recherche.
La stratégie de conseil équilibrée Plus : Une boîte à outils pour les prestataires de services de planning familial travaillant dans des environnements à forte prévalence du VIH et des IST (troisième édition)	Conseil de la population (2015)	La boîte à outils « La stratégie de conseil équilibrée Plus » (BCS+), développée et testée au Kenya et en Afrique du Sud, fournit les informations et le matériel dont les prestataires de soins de santé ont besoin pour offrir des conseils complets et de qualité en matière de planning familial aux patients vivant dans des régions où les taux de VIH et d'IST sont élevés.
Gestion clinique des victimes de viol et de violence exercée par un partenaire intime : élaboration de protocoles à utiliser dans les contextes humanitaires	OMS (2020)	Ce guide comprend des conseils détaillés sur la prise en charge clinique des victimes de viol et de violence exercée par un partenaire intime. Il est destiné à être utilisé par des prestataires de soins de santé qualifiés pour élaborer des protocoles de prise en charge des victimes de viol et de violence exercée par un partenaire intime dans les situations d'urgence, en tenant compte des ressources, du matériel et des médicaments disponibles, ainsi que des politiques et procédures nationales. Il peut également être utilisé pour la planification des services de soins de santé et la formation des prestataires de soins de santé.
Programme complet de formation à la santé reproductive et au planning familial : MODULE 16 : SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE POUR LES Adolescent.e.s	Pathfinder (2004)	Ce manuel de formation fait partie du programme de formation complet sur la santé reproductive et le planning familial destiné aux prestataires de services. Il est conçu pour préparer les participants à fournir des services de santé reproductive de qualité aux adolescent.e.s. Il doit être utilisé pour former les médecins, les infirmières, les conseillers et les sages-femmes. Certaines parties du module peuvent être adaptées pour être utilisées avec les professionnels de santé communautaires (CHW) ou les professionnels auxiliaires. Ce module comprend également une liste de contrôle pour l'évaluation des compétences en matière de conseil.
Conseils aux adolescent.e.s sur la contraception (niveau 2 de conseil aux adolescent.e.s)	Save the Children (2020)	Save the Children a mis au point un kit de formation sur les principes et pratiques clés que les prestataires de services peuvent utiliser quotidiennement lors des séances de consultation et de conseil avec les adolescent.e.s. Ce dossier comprend tout le matériel nécessaire pour les exercices de groupe, les jeux de rôle et l'utilisation de l'outil BERCER (Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour).
Fiches d'information pour conseiller les adolescent.e.s sur la contraception	Pathfinder (2016)	Ce lot de fiches d'information est conçu pour aider une série de prestataires de services communautaires et d'établissements à conseiller les adolescent.e.s et les jeunes sur leurs options en matière de contraception. Les fiches d'information concernent : les contraceptifs oraux combinés, les pilules progestatives, la contraception d'urgence, les préservatifs masculins et féminins, les injectables, les implants, les dispositifs intra-utérins et la méthode de l'aménorrhée lactique.

Outil de prise de décision pour les patients et les prestataires de services de planification familiale	OMS (2005)	Il s'agit d'une aide à la prise de décision polyvalente pour les patients : une aide à la prise de décision pour les patients, un manuel d'aide à l'emploi et de référence pour les prestataires, un outil de formation. Son format permet une interaction facile avec les patients - une page est destinée au patient (avec des informations simples sur les questions clés que le patient doit examiner) et une page correspondante est destinée au prestataire (avec des points clés et des informations de référence détaillées). Les prestataires de soins de santé peuvent l'utiliser étape par étape pour aider les patients à faire des choix éclairés qui répondent à leurs besoins.
Planning familial - guide international pour les prestataires	OMS (2018)	Ce livre, Planning familial : guide international pour les prestataires (Family Planning : A Global Handbook for Providers), offre des informations techniques pour aider les prestataires de soins de santé à fournir des méthodes de planification familiale de manière appropriée et efficace. Il intègre et traduit les critères d'éligibilité médicale et une sélection de recommandations de pratiques ainsi que d'autres orientations de l'OMS.
Un guide du planning familial à l'intention des agents de santé communautaires et de leurs patients	OMS (2012)	Ce tableau de conférence est un outil à utiliser lors des conseils en planning familial ou lors de séances de groupe avec les patients. Il peut aider vos patients à choisir et à utiliser la méthode de planning familial qui leur convient le mieux; vous donner les informations dont vous avez besoin pour des conseils et des soins de planning familial de qualité et efficaces; vous aider à savoir qui peut avoir besoin d'orientation.
Soins de santé pour les femmes victimes de la violence d'un partenaire intime ou de violence sexuelle : Un manuel clinique	OMS (2014)	Ce manuel est destiné aux prestataires de soins de santé. Il peut prendre en charge les femmes qui ont subi des violences. Il peut s'agir de violences physiques, sexuelles ou émotionnelles, qu'elles soient commises par un partenaire ou, dans le cas de violence sexuelle, par tout autre auteur. Il comprend la méthode LIVES pour soutenir les efforts de conseil dans les établissements.
Note d'orientation sur l'inclusion de femmes et de filles diverses	IRC (2019)	Cette note d'orientation accompagne le modèle de préparation et de réponse aux situations d'urgence, les outils d'évaluation et le kit de formation de l'IRC sur la VBG et n'est pas recommandée en tant que ressource autonome sur la diversité et l'inclusion. Cette ressource aborde une lacune dans l'inclusion proactive de diverses femmes et filles dans la réponse à la VBG et peut être utilisée dans le cadre du modèle de réponse d'urgence à la VBG pour aider les acteurs de la VBG à examiner leurs propres attitudes, compétences et connaissances, et à prendre des mesures concrètes pour atteindre et soutenir diverses femmes et filles tout au long des programmes de préparation et de réponse d'urgence à la VBG.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.

Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive dans les contextes humanitaires (Chapitre 3 : DMU)	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Lignes directrices du comité permanent inter-organisations (IASC) pour l'intégration des interventions en matière de violence basée sur le genre (VBG) dans l'action humanitaire	IASC (2015)	Les lignes directrices pour l'intégration des interventions contre la VBG dans l'action humanitaire ont été élaborées pour aider les acteurs humanitaires et les communautés touchées par les conflits armés, les catastrophes naturelles et autres urgences humanitaires à coordonner, mettre en œuvre, suivre et évaluer les actions essentielles pour la prévention et l'atténuation des violences sexistes (VBG) dans tous les secteurs de l'action humanitaire.
DMU : un module d'apprentissage à distance	IAWG (2019)	Ce module d'auto-apprentissage est basé sur le Manuel de terrain interorganisations 2018 sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire, « Chapitre 3 : Ensemble minimal de services initiaux »
Unités mobiles de santé : approche méthodologique	CICR (2006)	Cette publication présente des lignes directrices pratiques pour la mise en place des unités de santé mobiles destinées à fournir ces soins ambulatoires ad hoc. Il présente les enseignements utiles et les meilleures pratiques et intéressera tous les responsables de programmes médicaux.
Fournir des soins inclusifs aux patients LGBTQ : Un guide de ressources pour les milieux cliniques	Accès essentiel aux soins de santé	Cette boîte à outils est conçue pour aider les organismes de santé à répondre aux besoins de leurs patients lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et queer (LGBTQ).
Fournir des services et des soins inclusifs aux personnes LGBT : Un guide pour le personnel de santé	Centre national d'éducation à la santé pour les LGBT (2016)	Ce guide a été développé pour aider le personnel de santé à offrir un environnement positif, inclusif et respectueux à tous les clients, en mettant l'accent sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT).
Systèmes d'orientation	OMS	Ce document contient un résumé des principaux processus destinés à guider les gestionnaires de services de santé dans l'orientation des patients vers les services de santé.
Le système de référence révisé	USAID (2012)	Ce document décrit une stratégie d'orientation, couvrant les questions relatives au système de santé ainsi que les rôles et responsabilités des établissements qui initient et reçoivent l'orientation. En outre, le document expose les stratégies nécessaires à la supervision et au renforcement des capacités qui sont essentielles pour rendre le mécanisme d'orientation pleinement fonctionnel. Le document souligne également l'importance de l'amélioration continue de la qualité, y compris la sécurité et les droits des patients au sein du système d'orientation.

Outil de conseil en matière de choix reproductifs et de planning familial pour les personnes vivant avec le VIH	OMS (2007)	Cet outil est conçu pour aider les professionnels de la santé à conseiller les personnes vivant avec le VIH en matière de choix sexuels et reproductifs et de planning familial. Il vise également à aider les personnes vivant avec le VIH à prendre et à mener à bien des décisions éclairées, saines et appropriées concernant leur vie sexuelle et reproductive. Cet outil fait partie du matériel de l'OMS sur la gestion intégrée des maladies des adolescent.e.s et des adultes.
Les normes pour l'amélioration de la qualité des soins aux enfants et aux jeunes adolescent.e.s dans les établissements de santé	OMS (2018)	Les normes sont basées sur les huit domaines du cadre pour améliorer la qualité des soins et abordent les conditions les plus courantes qui affectent les enfants et les adolescent.e.s dans les établissements de santé. Les normes définissent ce qui est attendu afin de respecter les droits des enfants : garantir des installations et des services de santé adaptés aux enfants, aux adolescent.e.s et aux familles; des soins cliniques fondés sur des données probantes; la disponibilité d'équipements adaptés aux enfants et aux adolescent.e.s; un personnel compétent et dûment formé. Les normes comprennent des mesures relatives aux établissements de santé afin de faciliter la mise en œuvre, de suivre les améliorations et suivre les performances.
Initiative de partenariat pour la formation	IAWG (mise à jour continue)	La formation, sensibilisation et partenariat de l'IAWG (IAWG-FSP) a été créé en 2006 pour combler les lacunes des services cliniques dans la mise en œuvre du DMU. Grâce à l'élaboration de matériel de formation et à des partenariats avec les principales parties prenantes et le personnel des pays touchés par la crise, la formation, sensibilisation et partenariat se concentre sur une approche intégrée, inclusive et globale de développement des capacités. Cette approche décentralisée garantit l'efficacité et la durabilité à long terme des efforts de renforcement des capacités.
Directive consolidée de l'OMS sur les interventions auto-administrées pour la santé : droits et santé sexuelle et reproductive	OMS (2019)	Le but de ce guide est d'élaborer une ligne directrice normative centrée sur la personne et fondée sur des données probantes qui aidera les individus, les communautés et les pays à offrir des services de santé de qualité et des interventions d'autosoins, en s'appuyant sur des stratégies de soins de santé primaires, des ensembles complets de services essentiels et une approche centrée sur la personne.
OMS Qualité des soins pour la santé de la mère et du nouveau-né : Un cadre de suivi pour les pays du réseau	OMS (2019)	Ce cadre de suivi fournit des orientations de base sur les besoins en matière de suivi et d'évaluation (S&E) pour le Réseau pour l'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile (le Réseau).Le cadre de suivi s'aligne sur les buts, les objectifs stratégiques, le cadre de mise en œuvre et les normes de l'OMS pour l'amélioration des soins de la mère et du nouveau-né dans les établissements de santé (2016) et les normes de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des soins aux enfants et aux jeunes adolescent.e.s dans les établissements de santé (2018).

Qualité des soins de l'OMS dans l'information et services de contraception, basée sur les droits humains Normes : A Liste de vérification pour les prestataires de soins de santé	OMS (2017)	Ce document présente une liste de contrôle conviviale spécifiquement destinée aux prestataires de soins de santé, au niveau des soins de santé primaires, qui sont impliqués dans la fourniture directe d'informations et de services en matière de contraception. Cette liste de contrôle s'inspire également du document de vision de l'OMS sur les normes pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals et de ses travaux en cours dans le cadre de l'initiative Qualité, équité et dignité. La liste de contrôle doit être lue en même temps que d'autres conseils de l'OMS et également des partenaires.
SERVICES COMMUNAUTAIRES ET PLATEFORMES DE SENSIBILISATION		
Boîte à outils Plaidoyer pour le changement pour les adolescent.e.s	Women Deliver (2018)	Cette boîte à outils - développée par et pour la jeunesse - fournit des conseils aux réseaux de jeunes sur la conception, la mise en œuvre et le suivi d'une feuille de route d'action nationale efficace sur la santé et le bien-être des adolescent.e.s. Il vise à encourager l'engagement significatif de la jeunesse et à mener des actions positives de plaidoyer et de responsabilisation pour influencer les plans et les processus des politiques au niveau du pays en matière de santé.
Initiative AMAL : les mères adolescentes contre toute attente - Libérer le pouvoir des adolescentes dans les milieux fragiles	CARE, UNFPA, Syria Relief & Development (2020)	Cette boîte à outils a été conçue pour les humanitaires travaillant dans des contextes fragiles et touchés par des crises, dans le but d'aider les adolescent.e.s mariés, en particulier les adolescentes enceintes et les femmes qui en sont à leur première grossesse, à pratiquer une planification et un espacement sains des grossesses et à améliorer leur bien-être général en matière de santé sexuelle et reproductive.
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	OMS & USAID (2013)	Le projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID a créé la boîte à outils CHW AIM pour aider les ministères, les bailleurs de fonds et les ONG à évaluer et à renforcer leurs programmes pour les professionnels de santé communautaires afin d'améliorer leur fonctionnalité. Ce guide donne un aperçu du processus de mise en œuvre de la matrice d'évaluation et d'amélioration des professionnels de la santé communautaire (CHW AIM), du modèle de fonctionnalité et des quatre étapes à suivre pour adapter, planifier, réaliser et suivre une évaluation du programme CHW AIM, ainsi que des conseils sur le contenu et l'utilisation de la boîte à outils.
À FAIRE & À NE PAS FAIRE pour Impliquer les hommes et les garçons	Bureau de référence démographique pour le Genre interorganisations Groupe de travail (2020)	L'IFWG a élaboré des directives spécifiques sur la manière d'impliquer les hommes et les garçons dans la promotion de la santé et les programmes d'égalité de sexe. Maintenant disponible en français, portugais et espagnol.

Continuum de l' intégration du genre	Genre interorganisations Groupe de travail (2017)	Cet outil permet aux praticiens de passer d'une programmation ignorant la spécificité du genre à une programmation sensible au genre, visant plus d'égalité et des meilleurs résultats du développement.
Évaluation de l'impact de Girl Empower	IRC (2020)	L'évaluation de l'impact du programme « Girl Empower » a permis d'évaluer les interventions de mentorat et de transfert d'argent pour promouvoir le bien-être des adolescent.e.s au Liberia.
Le programme Girl Empower	IRC (2016)	L'IRC a mis en place le programme Girl Empower au Libéria en 2016. Le programme visait à doter les adolescent.e.s des compétences et expériences nécessaires pour faire des choix de vie sains et stratégiques et pour se protéger de la violence sexuelle. Il a également testé l'impact supplémentaire d'un transfert d'argent conditionnel aux familles, sur la base de la participation des filles aux séances de mentorat.
Grand Bargain	IASC (2016)	Cet accord entre certains des plus grands bailleurs de fonds et agences humanitaires), les signataires se sont réunis dans le but 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.
Inclus Impliqué Inspiré : Un cadre pour les programmes d'éducation des jeunes par les pairs	IPPF (2007)	Ce cadre est un guide qui s'appuie sur les cadres existants et les complète, et fournit une perspective de l'IPPF sur l'éducation par les pairs. Il comprend de nombreux outils et peut être utilisé par les concepteurs, les gestionnaires et le personnel de coordination des programmes, ainsi que par les cadres supérieurs qui supervisent les grandes initiatives d'éducation par les pairs. Les responsables, les responsables de formation et les autres jeunes peuvent également utiliser ce cadre dans leur travail, et comme outil de référence de base.
Institut de santé reproductive	Université de Georgetown (mise à jour continue)	Grâce à des partenariats avec des organisations internationales et locales, l'Institut de santé reproductive (IRH) de l'université de Georgetown s'efforce d'élargir les choix de planification familiale pour répondre aux besoins des femmes et des hommes du monde entier; de faire progresser l'égalité des sexes en aidant les femmes et les hommes tout au long de leur vie à s'informer sur leur santé reproductive et à la prendre en charge; et d'impliquer les communautés dans des interventions de santé reproductive qui améliorent leur bien-être. Le site web comprend un recueil de ressources, d'outils et de conseils fondés sur des données probantes pour la mise en œuvre du programme.

Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire	IAWG (2018)	Cette boîte à outils est destinée aux organisations dirigées par la jeunesse qui apprennent à collecter des fonds, ainsi qu'aux organisations au service de la jeunesse qui travaillent avec des organisations dirigées par la jeunesse afin de comprendre les problèmes auxquels sont confrontés leurs partenaires / bénéficiaires.
Investir dans l'impact sur la jeunesse : Une boîte à outils sur le financement des organisations dirigées par la jeunesse	CHOIX pour la jeunesse et la sexualité (2019)	Cette ressource est principalement destinée aux concepteurs de programmes scolaires, au personnel enseignant et aux personnes chargées de l'éducation dans les domaines de la sexualité ou de la santé sexuelle (y compris le sida) et des études civiques ou sociales. Les utilisateurs peuvent s'inspirer des lignes directrices et des activités contenues dans ce kit pour répondre à leurs besoins.
C'est un seul et même programme : Directives et activités pour une approche unifiée de l'éducation à la sexualité, au genre, au VIH et aux droits de l'homme	Conseil de la population (2009)	Une vidéo d'animation pour éduquer les adolescent.e.s, les jeunes, les parents, les personnes qui s'occupents des enfants, les prestataires de soins et d'autres publics sur les risques associés 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.
Le mariage n'est pas un jeu	Centre de ressources pour l'égalité des sexes au Liban & UNICEF (2014)	Présentation WRC sur le projet WRC / UNICEF de lieu sûr virtuel. Cette présentation a eu lieu lors de la conférence SVRI du 22 octobre 2019 à Cape Town, en Afrique du Sud.
Répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductives des adolescentes en situations de crise humanitaire (présentation de la conférence)	WRC, UNICEF (2019)	Cette boîte à outils examine la GHM dans une perspective multi-sectorielle et vise à donner des conseils pratiques et rationnels aux agents humanitaires. Elle est co-publiée par 27 organisations de premier plan qui travaillent dans le domaine humanitaire. La boîte à outils est disponible en anglais, français et arabe.
Boîte à outils sur la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) dans les situations d'urgence	L'Université de Columbia et International Rescue Comité(2017)	Ce module d'auto-apprentissage est basé sur le Manuel de terrain interorganisations de 2018 sur la santé reproductive dans les situations humanitaires, « Chapitre 3 : Dispositif minimal de service initial » Le module est actuellement disponible en anglais.
DMU : un module d'apprentissage à distance	IAWG (2019)	Ce document fournit des conseils à ceux qui mènent des recherches sur des sujets humains sur les moyens d'atténuer les risques pour les personnes participant au projet tout au long de son cycle, du début à la fin, en particulier en minimisant les risques pour les populations vulnérables impliquant des enfants.
Atténuer les risques tout au long du cycle du projet : Boîte à outils de recherche de l'IRC	IRC	Ce document contient des directives pour ceux qui sont en train de mener des recherches sur des moyens d'atténuer les risques pour les participants pendant le cycle du projet, du début à la fin, à réduire en particulier les risques avec les populations vulnérables avec des filles et des garçons

Prêt à sauver des vies : Boîte à outils pour la préparation aux soins de santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence	IAWG (2020)	Cette boîte à outils - créée par les partenaires de l'IAWG FP2020, IPPF, JSI, WRC et UNFPA - est une boîte à outils pour la préparation des soins de SSR en cas d'urgence. Le but de cette boîte à outils est de rassembler l'apprentissage et l'orientation existants comme point de départ pour que les parties prenantes puissent commencer le travail de préparation à la SSR.
Kit régional de ressources pour l'éducation sexuelle complète des jeunes non scolarisés	UNFPA (2018)	Le kit régional complet d'éducation sexuelle pour les jeunes non scolarisés a été développé pour répondre aux normes internationales en matière d'âge et de développement. Il s'agit d'un ensemble complet de matériel d'enseignement et d'apprentissage destiné à être utilisé avec souplesse dans des cadres autres que les salles de classe formelles du secteur de l'éducation. Plusieurs pays d'Afrique orientale et australe ont adapté cet ensemble régional de matériels pour une mise en œuvre approuvée au niveau national. Ce contenu est également disponible en français et le sera bientôt en portugais.
Boîte à outils de la CCSC pour la préparation aux situations d'urgence	L'Université Johns Hopkins (2016-2020)	L'objectif du kit de mise en œuvre de la communication pour le changement social et comportemental (SBCC) pour la préparation aux situations d'urgence est de fournir un ensemble de considérations clés pour les activités du SBCC dans les situations d'urgence.
Le Cadre de Sendai	UNDRR (2015)	En tant que premier accord majeur de l'agenda de développement post-2015, ce cadre fournit aux États membres des actions concrètes pour protéger les acquis du développement contre le risque de catastrophe. La Stratégie internationale des Nations unies pour la prévention des catastrophes (UNISDR) a été chargée de soutenir la mise en œuvre, le suivi et la révision du Cadre de Sendai et coordonne l'action au sein du système des Nations unies autour de la réduction des risques de catastrophe pour y parvenir. Le Bureau des Nations Unies pour la prévention des catastrophes (L'UNDRR) a approuvé la participation active des enfants aux activités de réduction des risques de catastrophe (RRC).
Série de vidéos à contenu SSRA	CARE (2020)	CARE a récemment développé une série de vidéos sur la SSRA des messages destinés aux adolescent.e.s syriens et jordaniens vivant en Jordanie afin de les montrer dans les centres communautaires et d'initier des dialogues sur la grossesse des adolescent.e.s, le mariage d'enfants, la puberté et la sensibilisation à la fertilité.
Analyse sociale et action (Idées et action : traiter les facteurs sociaux qui influencent la SSR)	CARE (2007)	CARE a développé une approche appelée analyse sociale et action (ASA), qui cherche à aborder les facteurs sociaux, économiques et culturels qui influencent la santé. Cette brochure - conçue pour les personnes chargées de la planification et de la gestion des programmes CARE - explique la ASA à la fois au niveau conceptuel et pratique.
Stratégies guidées par les meilleures pratiques en mobilisation communautaire	Défenseurs de la jeunesse (2014)	Ce document résume 14 stratégies clés qui sont basées sur les meilleures pratiques en matière de mobilisation communautaire, de partenariats de collaboration et de création de coalitions. Dans la partie A, les bénéficiaires de subventions constateront que nombre de ces stratégies se recoupent avec les meilleures pratiques pour engager les principales parties prenantes et les meilleures pratiques pour travailler dans diverses communautés.

Modèles de chaîne d'approvisionnement et considérations pour les programmes de distribution communautaires : Guide du directeur de programme	JSI (2010)	L'objectif de ce document est de fournir des conseils pour la conception de systèmes modèles de chaîne d'approvisionnement pour les programmes de distribution à base communautaire. Ce guide présente quatre modèles pour ces programmes, ainsi que des conseils sur les fonctions de la chaîne d'approvisionnement, notamment les systèmes d'information de gestion logistique, les systèmes de contrôle des stocks, le stockage, la distribution et le renforcement des capacités, qui peuvent être adaptés et appliqués à une variété de contextes nationaux.
Boîte à outils pour la mise en œuvre SSR et CCSC chez les adolescent.e.s urbains	L'Université Johns Hopkins (2016)	L'objectif du kit de mise en œuvre de la communication pour le changement social et comportemental des adolescent.e.s urbains (I-Kit) est de fournir une sélection d'éléments et d'outils essentiels pour guider la création, ou le renforcement, de programmes de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les adolescent.e.s urbains âgés de 10 à 19 ans.
Approche globale de l'école pour l'éducation sexuelle	Rutgers (2012)	Le manuel d'approche globale de l'école intitulé « We All Benefit » décrit les étapes à suivre pour mettre en œuvre et améliorer l'éducation sexuelle dans les écoles, susciter l'adhésion de toutes les parties concernées et accroître la couverture des élèves. Le manuel contient également des listes de contrôle utiles, des conseils et une boîte à outils pour renforcer l'impact de l'approche.
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	CHOIX pour la jeunesse et la sexualité (2009)	Ce guide fournit des conseils sur la création d'une organisation de SSR durable dirigée par la jeunesse, en examinant les principales leçons apprises pour assurer la durabilité de l'organisation de SSR dirigée par la jeunesse, et pour surmonter les défis rencontrés par les organisations dirigées par la jeunesse.
Boîte à outils pour l'éducation de la jeunesse par les pairs : Normes pour les programmes d'éducation par les pairs	FHI 360 (2005)	Ce guide peut être utilisé par les personnes qui conçoivent et gèrent les programmes, ainsi que par les cadres supérieurs qui supervisent les initiatives d'éducation par les pairs de plus grande envergure. Il s'agit également d'un outil de référence et d'orientation de base pour les personnes chargées de la supervision, les personnes chargées de la formation et les pairs éducateurs eux-mêmes.
Communauté de pratique Youth Power pour le Genre et le Développement positif de la jeunesse	Youth Power (2015, mise à jour continue)	Une communauté d'individus travaillant à promouvoir une programmation intégrée axée sur la jeunesse et la transformation du genre par le biais d'un développement positif de la jeunesse. La communauté de pratique sur le genre et développement positif des jeunes (PYD) a travaillé par la collaboration, le dialogue, le partage collectif et l'apprentissage de pratiques innovantes et prometteuses, de ce qui fonctionne, de la façon de mesurer les efforts et de se soutenir mutuellement dans l'application de ce que nous avons appris.

Y-PEER	Y-PEER (2011)	Le réseau Y-PEER d'éducation de la jeunesse par les pairs, composé d'organisations et d'institutions travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive dans 52 pays à travers le monde. La mission d'Y-PEER est de renforcer et de diffuser une éducation de haute qualité entre pairs dans le domaine de la SSRA et de la prévention du VIH dans le monde entier. Y-PEER a été créé pour soutenir, fournir des informations et former les jeunes sur un certain nombre de questions, en particulier la SSR et les questions de droits.
LIENS INTER-SECTORIELS ET DISPOSITIFS D'ORIENTATION		
3 / 4 / 5 Modèle de Matrice Q	OCHA Réponse Humanitaire (2015)	Le système de coordination humanitaire utilise activement la matrice du QUI fait QUOI, OÙ, QUAND et pour QUI (3 / 4 / 5 W) afin de s'assurer de la coordination entre toutes les activités et tous les services des acteurs humanitaires et du secteur de la santé sont coordonnées.
Formulaire d'orientation inter-organisations et Guide	IASC Groupe de référence pour SMSPS en Situations d'urgence (2017)	Ce document inclut un formulaire d'orientation destiné à être utilisé par les organisations humanitaires travaillant avec des personnes qui ont des problèmes liés à la SMSPS. Le formulaire d'orientation et la note d'orientation sont des outils destinés à faciliter les orientations interinstitutions, les parcours d'orientation, les formations et les ateliers, et comme moyen de documenter les orientations conformément aux normes minimales. Le formulaire et le guide d'orientation peuvent être utilisés par tout prestataire de services, par exemple par un médecin travaillant dans un centre de soins de santé primaires qui oriente un enfant vers un espace adapté aux enfants.
Le Cadre de Sendai	UNDRR (2015)	En tant que premier accord majeur de l'agenda de développement post-2015, ce cadre fournit aux États membres des actions concrètes pour protéger les bénéfices du développement contre le risque de catastrophe. La Stratégie internationale des Nations unies pour la prévention des catastrophes (UNISDR) a été chargée de soutenir la mise en œuvre, le suivi et la révision du Cadre de Sendai et coordonne l'action au sein du système des Nations unies autour de la réduction des risques de catastrophe pour y parvenir. Le Bureau des Nations Unies pour la prévention des catastrophes (L'UNDRR) a approuvé la participation active des enfants aux activités de réduction des risques de catastrophe (RRC).
Objectifs de développement durable de l'ONU	ONU (2015)	Les objectifs de développement durable (ODD) sont le plan commun du monde pour mettre fin à l'extrême pauvreté, réduire les inégalités et protéger la planète d'ici 2030. Les 17 ODD constituent un schéma directeur commun pour la paix et la prospérité et constituent un appel urgent à l'action de tous les pays - développés et en développement - dans le cadre d'un partenariat mondial. Les ODD reconnaissent que l'éradication de la pauvreté et des autres privations doit aller de pair avec des stratégies qui améliorent la santé et l'éducation, réduisent les inégalités et stimulent la croissance économique - tout en s'attaquant au changement climatique et en s'efforçant de préserver nos océans et nos forêts.

CHAPITRE 7 : DES DONNÉES POUR L'ACTION		
Ressource	**Organisation (Année)**	**Description**
Programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s dans les contextes humanitaires : Un regard approfondi sur les services de planning familial	Save the Children, WRC, UNFPA, HCR (2012)	Ce rapport est le résultat d'un vaste exercice de cartographie des services de SSRA dans les situations de crise humanitaire et fournit une orientation technique et une documentation des bonnes pratiques dans le domaine de la SSRA dans les contextes humanitaires.
Programmation SSR en situation de crise humanitaire : Guide des questions	WRC (2012)	Cette Annexe contient les questions utilisées par la CMR dans le cadre de son analyse de l'environnement de la programmation de la SSRA pour la période 2009-2012.
Annexe B : Liste de contrôle du DMU pour le suivi de la SSR	IAWG (2018)	L'IAWG fournit une liste de contrôle pour la surveillance des établissements de santé dans le cadre de l'IAFM. C'est disponible en français et en anglais.
Interroger les jeunes sur les comportements sexuels et reproductifs	OMS	Cette enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (KAP) se veut un simple point de départ pour les enquêteurs qui souhaitent étudier la SSR des jeunes. Il devrait toujours être adapté aux circonstances et aux priorités locales et, dans la mesure du possible, être utilisé conjointement avec des méthodes d'enquête qualitatives.
Le récit de la carte du corps comme recherche : Considérations méthodologiques pour raconter l'histoire des personnes qui travaillent sans papiers par le biais de la cartographie corporelle	CAIS (2012)	Bien que ce guide de facilitation puisse être utilisé par les membres de la communauté, les prestataires de services, les personnes chargées de l'éducation et d'autres praticiens, il a été créé pour les personnes qui font des recherches intéressées par l'utilisation de l'approche de cartographie corporelle un à un à des fins de recherche.
Guide de renforcement - des capacités de la communauté	Save the Children (2014)	Ce guide fait partie d'un recueil de ressources, d'expériences et de leçons sur le renforcement des capacités, rassemblées pour guider le personnel de Save the Children dans la rédaction de propositions et la mise en œuvre de programmes qui mettent l'accent sur le renforcement des capacités des partenaires nationaux.

Évaluation des besoins de la communauté en matière de santé : Un guide d'introduction pour l'infirmière de famille en Europe	OMS (2001)	Ce document décrit comment une évaluation des besoins de santé peut identifier les besoins de santé prioritaires, cibler les ressources pour lutter contre les inégalités et impliquer les populations locales. Le document comprend également un dossier pour la formation des responsables de formation à l'utilisation de l'outil d'évaluation.
Cartographie communautaire SSRA	IRC (2018)	Un exemple d'exercice de cartographie communautaire que l'IRC a utilisé avec des groupes d'adolescent.e.s.
Pistes communautaires pour l'amélioration de la SSRA : Un cadre conceptuel et des indicateurs de résultats suggérés	UNFPA (2007)	Cette ressource fournit un cadre conceptuel et des indicateurs de résultats illustratifs pour mieux mesurer le bénéfice de l'implication de la communauté dans la réalisation des résultats de la SSRA. Le cadre et les indicateurs peuvent être utilisés comme outils de conception de programmes ainsi que pour fournir des conseils sur l'élaboration d'évaluations de programmes.
La carte de score de la communauté (CSC) : Un guide générique pour la mise en œuvre du processus d'amélioration de la qualité des services de la CSC de CARE	CARE (2013)	La carte performance communautaire est un outil de participation bidirectionnel et continu pour l'appréciation, la planification, le suivi et l'évaluation des services. Ce dispositif est facile à utiliser et peut s'adapter dans n'importe quel secteur dans lequel on trouve un scénario de prestation de services. C'est un moyen passionnant d'accroître la participation, la responsabilité et la transparence entre les utilisateurs de services, les prestataires et les décideurs.
Outil d'auto-évaluation communautaire	Save the Children (2011)	Save the Children a développé l'outil d'auto-évaluation des communautés résilientes et prêtes pour encourager et aider les communautés à déterminer leur niveau de préparation aux situations d'urgence en ce qui concerne les besoins uniques des enfants et des familles lors de catastrophes. L'auto-évaluation est conçue pour être un outil de réflexion et aider les communautés à poser une série de questions concernant les enfants dans les situations d'urgence et les catastrophes.
Concevoir des programmes pour les adolescentes	EmPower	Comprend de nombreux outils de développement de la jeunesse pour la conception de programmes destinés aux adolescentes. Qu'il s'agisse de lancer un nouveau programme, d'étendre la portée ou l'échelle d'un programme existant, ou de se concentrer sur les besoins spécifiques des adolescentes dans un programme mixte, ces outils fournissent des conseils de A à Z sur la conception de programmes pour les adolescentes.
Évaluation détaillée des besoins	ActionAID	ActionAid dispose d'une liste de contrôle détaillée pour l'évaluation des besoins et d'un modèle de rapport que les praticiens peuvent adapter pour recueillir des informations plus détaillées sur la SSRA.

Évaluer les programmes de planification familiale avec des adaptations pour la santé reproductive	MEASURE Evaluation (1996)	Ce manuel de 104 pages prépare les personnes qui le consultent : 1) différencier les principaux types d'évaluation de programme, de suivi de programme et d'évaluation d'impact; 2) évaluer de manière critique les points forts et les limites des autres méthodes d'évaluation d'impact; 3) évaluer et sélectionner les types d'évaluation les plus appropriés à un contexte donné; 4) identifier les indicateurs et les sources de données appropriés pour l'évaluation; et 5) concevoir un plan d'évaluation décrivant les modèles d'étude, les indicateurs et les sources de données qui sert de plan d'action pour la mise en œuvre ultérieure. Une version espagnole de ce manuel est également disponible.
Manuel de pratique d'évaluation	OMS (2013)	L'objectif de ce manuel est de compléter la politique d'évaluation de l'OMS (Annexe 1) et de rationaliser les processus d'évaluation en fournissant des conseils pratiques, étape par étape, sur l'évaluation à l'OMS. Le manuel est conçu comme un outil de travail qui sera adapté au fil du temps pour mieux refléter l'évolution de la pratique de l'évaluation à l'OMS et pour encourager la réflexion sur la manière d'utiliser l'évaluation pour améliorer la performance des projets et des programmes et renforcer l'efficacité organisationnelle.
Lacunes dans le suivi et l'évaluation au niveau mondial de la santé reproductive des adolescent.e.s et de la jeunesse	MEASURE Evaluation & USAID (2020)	Ce rapport présente des recommandations visant à combler les lacunes dans la mesure des activités et des programmes de santé reproductive des adolescent.e.s et de la jeunesse dans l'ensemble des catégories de santé reproductive touchant les jeunes.
Recherche, suivi et évaluation de la violence basée sur le genre auprès des réfugiés et des populations touchées par les conflits : Un manuel et une boîte à outils pour les personnes travaillant dans la recherche et la pratique	The Global Women's Institute, The George Washington University (2017)	Ce manuel et le kit du personnel associé forment un ensemble complet destiné à aider les chercheurs et les membres de la communauté humanitaire à mener des recherches, un suivi et / ou une évaluation (RME) éthiques et techniquement solides sur la violence sexiste (VBG) au sein des populations réfugiées et touchées par les conflits. L'approche étape par étape du manuel permet aux personnes qui le consultent de prendre des décisions éthiques et méthodologiques appropriées lors de la collecte de données auprès des réfugiés et d'autres populations vulnérables.

Manuel d'outils sur la violence basée sur le genre : Pour l'évaluation et la conception de programmes, le suivi et l'évaluation dans les situations de conflit	RHRC Consortium (2004)	Ces orientations visent à améliorer les capacités internationales et locales de lutte contre la violence liée au sexe dans les situations de réfugiés, de personnes déplacées et de post-conflit. Les outils sont divisés en trois grandes catégories : diagnostic, conception de programme, et suivi et évaluation de programme.
Analyse globale de genre dans le cadre de la COVID-19	CARE, IRC (2020)	CARE a adapté sa boîte à outils d'analyse rapide du genre pour développer l'analyse rapide globale du genre sur la COVID-19, menée en consultation avec l'IRC. Ce rapport est destiné aux humanitaires travaillant dans des contextes fragiles susceptibles d'être touchés par la crise COVID-19. Il cherche à approfondir l'analyse de genre actuelle disponible en englobant les enseignements tirés des données mondiales sur le genre disponibles pour l'urgence de santé publique à la suite de la COVID-19.
Orientations sur les considérations éthiques dans la planification et l'examen des études de recherche sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s	OMS (2018)	Ce document est destiné à informer les personnes impliquées dans la recherche sur la SSR des adolescent.e.s et vise à aborder les situations courantes et les défis auxquels on est confronté lors de la réalisation de cette recherche.
Directive : Le manuel sur le genre dans l'action humanitaire	IASC (2018)	Un manuel contenant des conseils sur l'analyse de genre, la planification et les actions visant à garantir que les besoins, les contributions et les capacités des femmes, des filles, des garçons et des hommes sont pris en compte dans tous les aspects d'une réponse humanitaire. Il propose également des listes pour faciliter le suivi des programmes d'égalité entre les sexes.
Un guide d'utilisation des fiches d'évaluation communautaire pour la responsabilité sociale de la jeunesse	IPPF (2019)	Ce guide vise à fournir une approche étape par étape pour mettre en œuvre la responsabilité sociale menée par la jeunesse en utilisant l'approche de la Community Score Card comme outil pour atteindre et engager efficacement les jeunes à comprendre et à exiger leur SSR et leurs droits.
Manuel pour la conduite d'une évaluation des obstacles aux services de santé pour les adolescent.e.s (AHSBA), avec un accent sur les adolescent.e.s défavorisés	OMS (2019)	Ce manuel pour la réalisation d'une évaluation des obstacles aux services de santé pour les adolescent.e.s, en particulier les adolescent.e.s défavorisés, explique comment les gouvernements peuvent évaluer l'équité et les obstacles en matière de services de santé aux niveaux national et infranational afin d'identifier quels adolescent.e.s sont laissés pour compte et pourquoi.

Statistiques de santé et systèmes d'information sur la santé	OMS (2002 / 2004)	Cette page web fournit des exemples d'enquêtes plus importantes menées auprès des ménages, ainsi que d'autres évaluations de la collecte de données, sur leur page de ressources sur les statistiques de la santé et les systèmes d'information sur la santé.
Comment savoir si un programme a fait une différence ? Guide des méthodes statistiques pour l'évaluation de l'impact des programmes	MEASURE Evaluation (2014)	Ce manuel donne un aperçu des principales méthodes statistiques et économétriques d'évaluation de l'impact des programmes (et, plus généralement, de la modélisation causale).
Comment évaluer le programme	OMS	Ce module décrit le processus d'élaboration et de réalisation d'une évaluation d'un programme de lutte contre l'alcool au volant. Il est divisé en trois sections principales : Planification de l'évaluation, choix des méthodes d'évaluation, dissémination et retour d'information.
Évaluation systémique inclusive pour l'égalité des sexes, les environnements et les voix marginalisées (ISE4GEMs) : Une nouvelle approche pour l'ère des ODD	ONU Femmes	Cette approche montre comment chaque intervention est une nouvelle occasion d'apprendre à susciter des évolutions sociales, que ce soit au niveau de l'égalité des genres, de la durabilité, des droits humains et de la paix. Ce guide fournit une introduction à la nouvelle approche et comprend un résumé des principaux concepts théoriques ainsi que des conseils et des outils pour l'appliquer dans la pratique. Il est désormais également disponible en espagnol.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive dans les situations humanitaires (section 5.5)	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise. Voir le chapitre 5.0 dans l'IAFM : le diagnostic, suivi et évaluation car il fournit des conseils complets sur le suivi et l'évaluation de la programmation de la SSR dans la réponse humanitaire.
Connaissance, attitude et pratique face à l'épidémie de nouveau coronavirus (COVID-19) : Une enquête de population en Iran	OMS (2020)	L'OMS a réalisé une enquête sur les KAP auprès des personnes de plus de 15 ans afin d'évaluer leurs KAP et d'examiner les variables sociodémographiques associées. Leur étude inclut les questions et analyses du sondage du KAP.

Laboratoire d'apprentissage	USAID (mise à jour périodiquement)	Comprend des conseils sur le cycle du programme et trois boîtes à outils pour fournir aux parties prenantes un ensemble de ressources pour planifier, mettre en œuvre et intégrer le suivi, l'évaluation et la collaboration, l'apprentissage et l'adaptation des pratiques dans leurs programmes.
Cadre logique	Office contre la Drogue et le Crime de l'ONU (2006)	Cet outil, qui fait partie de la boîte à outils pour la lutte contre la traite des personnes de l'Office contre la drogue et le crime de l'ONU, explique comment élaborer un cadre logique.
MEASURE Evaluation : Base de données des indicateurs de planning familial et de santé reproductive	MEASURE Evaluation et USAID	Le domaine programmatique sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et de la jeunesse (AYSRH) dans la base de données des indicateurs de planning familial et de santé reproductive de MEASURE Evaluation comprend les indicateurs, la définition, les exigences en matière de données, la ou les sources de données, l'objectif, les problèmes et - si pertinent - les implications en matière de genre.
Modèle de protocole de recherche pour le suivi, l'évaluation et la communication des indicateurs essentiels d'enquête du PEPFAR pour les programmes en faveur des orphelins et des enfants vulnérables	MEASURE Evaluation (2018)	La boîte à outils recommande d'utiliser les mesures d'évaluations des modèles du protocole. Il est fortement recommandé de développer des protocoles de manière participative, en impliquant tous les partenaires d'étude, incluant les partenaires du personnel, les organisations responsables de la conception et la direction des sondages, les partenaires de recherches locaux et internationaux, et le personnel de projet partenaire.
Outils de suivi pour les organisations humanitaires	ECHO (2008)	L'objectif de ces outils est d'aider les organisations humanitaires à suivre les différents aspects de leurs opérations. Elle le fait en proposant une compilation d'outils pouvant être utilisés dans le cadre de suivi. Chaque outil fournit des conseils sur la manière d'entreprendre un aspect différent du travail de suivi.
La technique « Le changement le plus significatif » - Un guide pour son utilisation	CARE, Ibis, Lutheran World Relief, & Oxfam (2005)	Cette publication est destinée aux organisations, aux groupes communautaires, aux étudiants et aux universitaires qui souhaitent utiliser Le Changement Le Plus Significatif pour les aider à suivre et à évaluer leurs programmes et projets de changement social, ou pour en savoir plus sur la manière de l'utiliser.
Orientations pour l'évaluation rapide initiale multisectorielle	IASC (2015)	L'évaluation rapide initiale multi-cluster / secteur (MIRA) est un outil d'évaluation conjointe des besoins qui peut être utilisé dans les situations d'urgence soudaines, y compris les réponses d'urgence de niveau 3 du IASC à l'échelle du système (réponses L3).

Méthodologie de classement participatif : Un guide Bref	Réseau d'apprentissage des centres de protection de l'enfance (2010)	Il s'agit d'un guide pratique de la méthodologie de classement participatif (PRM). La PRM est une approche de « méthodes mixtes » de collecte de données, dans laquelle un groupe de personnes bien informées est guidé pour générer des réponses à une question ou un ensemble de questions spécifiques.
Recherche-action participative (RAP) : Un guide pratique à utiliser avec les adolescent.e.s dans des contextes humanitaires	Save the Children (2018)	Un guide pratique à utiliser avec les adolescent.e.s dans des contextes humanitaires. Il fournit des conseils pratiques pertinents pour quiconque envisage d'introduire l'approche RAP dans son travail avec les adolescent.e.s et la jeunesse dans un contexte humanitaire.
Recherche-action participative dans les systèmes de santé : Une lecture des méthodes	Réseau régional pour l'équité en matière de santé en Afrique orientale et australe (2014)	La Methods Reader « une lecture des méthodes » cherche à expliquer les principales caractéristiques de la recherche-action participative ainsi que l'histoire et les paradigmes de connaissances qui l'éclairent; les processus et les méthodes utilisés dans la recherche participative, y compris les innovations et les développements dans le domaine et les questions d'éthique et de méthodes dans sa mise en œuvre; et la communication, l'institutionnalisation des rapports et l'utilisation de la recherche-action participative dans les systèmes de santé.
Partenaires et alliés : Boîte à outils pour un engagement significatif des adolescentes	Coalition pour les adolescentes (2015)	Une ressource pour les personnes actives, les responsables politiques, les activistes, les personnes chargées de la recherche, les bailleurs de fonds et les gouvernements afin d'engager les adolescentes comme partenaires et alliées dans les activités et les structures des institutions, des programmes et des projets. L'objectif de cette boîte à outils est de permettre aux institutions, aux programmes et aux équipes de projet d'engager stratégiquement et de manière significative les filles en tant que participantes égales et actives dans le leadership et le développement de leurs communautés, de leurs nations et du monde.
Le projet est terminé, mais nous pouvons encore en tirer des enseignements !	OMS (2019)	L'OMS a élaboré ce guide pratique pour la réalisation d'évaluations post-projet des projets de SSRA.
Outil d'évaluation rapide des liens entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH : Un guide générique	UNFPA (2009)	Cet outil fournit une gamme de ressources pour les évaluations de la SSR, y compris un formulaire d'entretien de sortie, ainsi que des ressources pour mener des entretiens avec les prestataires sur la prestation de services. Les humanitaires doivent adapter leur formulaire d'entretien de sortie à leur public, leur programmation et leur contexte.

Prêt à sauver des vies : Boîte à outils pour la préparation aux soins de SSR dans les situations d'urgence	IAWG (2020)	Cette boîte à outils - créée par les partenaires de l'IAWG FP2020, IPPF, JSI, WRC et UNFPA - est une boîte à outils pour la préparation des soins de SSR en cas d'urgence. Le but de cette boîte à outils est de rassembler l'apprentissage et l'orientation existants comme point de départ pour que les parties prenantes puissent commencer le travail de préparation à la SSR.
Boîte à outils pour l'évaluation de la santé reproductive des femmes touchées par les conflits	USAID, CDC (2007)	Cette boîte à outils peut être utilisée pour évaluer quantitativement les risques, les services et les résultats en matière de santé reproductive chez les femmes de 15 à 49 ans touchées par un conflit. Les données d'enquête peuvent être utilisées pour comparer une population à différents moments dans le temps ou pour établir des comparaisons entre les populations.
Indicateurs de droits sur la santé sexuelle et reproductive pour les ODD	Guttmacher Institute (2015)	Ce document fournit des recommandations pour l'inclusion de la SSR et des droits dans les objectifs de développement durable et le processus de développement post-2015.
Théorie de la communication sociale et du changement de comportement	Université John Hopkins (2016)	Dans le cadre du kit de mise en œuvre de la CSCC en matière de SSR pour les adolescent.e.s en milieu urbain de JHU, cette section fournit davantage de conseils sur les théories du changement dans la communication sociale et comportementale (CSCC).
Cartographie sociale SSRA	IRC	Un exemple d'exercice de cartographie sociale que l'IRC a utilisé avec des groupes d'adolescent.e.s.
Sphere pour le suivi et l'évaluation Sphere pour les évaluations	Projet Sphere (2014 / 2015)	Sphere pour le suivi et l'évaluation ainsi que Sphère pour les évaluations explique comment intégrer les éléments clés de l'approche centrée sur les personnes de Sphère dans le cycle du programme humanitaire. Ces guides indiquent les parties pertinentes du Manuel Sphère à différents moments du processus de réponse et doivent donc être utilisés conjointement avec le Manuel.
Outils pour le développement : Un manuel pour les personnes engagées dans des activités de développement	Bureau Bureau (2003)	Cet outil rassemble un éventail de techniques pour aider à entreprendre des activités et des interventions de développement de toute taille et de tout type. *Remarque : Le bureau des affaires étrangères et du Commonwealth et du développement a remplacé le ministère du développement international (DFID).*
Matériel de formation	RAISE Initiative	Liste de plusieurs modules d'apprentissage sur l'utilisation des données pour que le personnel comprenne comment utiliser les données pour augmenter la qualité et l'impact de leur programme de SSR.

Utilisation de méthodes de recherche participative visuelle avec des adolescent.e.s à Gaza	Gender & Adolescent Global Evidence (2017)	D'août à novembre 2016, trente-cinq adolescent.e.s (âgés de 16 à 19 ans) ont fait partie d'un tel projet pilote participatif conçu par le programme GAGE. Cette page partage les résultats, les leçons apprises et les implications politiques du projet.
Évaluation de la vulnérabilité et des capacités	IFRC	L'évaluation de la vulnérabilité et des capacités (EVC) utilise divers outils participatifs pour mesurer l'exposition des personnes aux risques naturels et leur capacité à y résister. Le site web de la IFRC contient également des vidéos, des études de cas et d'autres documents sur l'EVC.
Une plate-forme en ligne pour contrôler les normes mondiales de qualité des services de santé pour les adolescent.e.s	OMS (2015)	L'OMS a développé une plateforme en ligne pour le suivi et l'évaluation des normes de qualité nationales pour les services de santé destinés aux adolescent.e.s, qui comprend plusieurs outils d'entretien à la sortie. Le AA-HA ! des rapports fournisse,t des mesures sur les performances d'un établissement de soins, d'un district ou d'un pays par rapport aux normes mondiales visant à améliorer la qualité des services de soins de santé pour les adolescent.e.s, ou par rapport aux normes nationales si elles existent.
Les jeunes femmes et l'avortement : Un guide d'évaluation de la situation	Ipas (2011)	Ce guide se concentre sur les moyens de planifier, mettre en œuvre, utiliser et finaliser une évaluation de la manière dont les jeunes femmes et leurs communautés se situent par rapport à l'avortement, par le biais de processus pertinents au niveau local, menés par la communauté et / ou la jeunesse. Il s'agit d'une ressource mondiale pour les groupes communautaires, les groupes de jeunesse, les pairs en charge de l'éducation, les personnes chargées de la formation, celles chargées de l'administration, les responsables de programmes et celles chargées des conseils techniques des programmes de soins en cas d'avortement.

CHAPITRE 8 : NOTES D'ORIENTATION ET OUTILS POUR LES DIRECTEURS

Ressource	Organisation (Année)	Description
Programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s dans les situations humanitaires : Un regard approfondi sur les services de planification familiale	Save the Children, WRC, UNFPA, UNHCR (2012)	Ce rapport est le résultat d'un vaste exercice de cartographie des services de SSRA dans les situations de crise humanitaire et fournit une orientation technique et une documentation des bonnes pratiques dans le domaine de la SSRA dans les contextes humanitaires.
Plaidoyer dans les situations d'urgence	HCR	Ce document fait partie de la 4ème édition du Manuel d'urgence du HCR et a été généré à partir du système numérique du Manuel d'urgence. Il fournit des conseils de plaidoyer dans les situations d'urgence liés aux principes et aux normes humanitaires, aux risques de protection, aux principales considérations de gestion, et des conseils sur les ressources et les partenariats. Cet outil peut être utilisé pour créer une description de poste / des termes de référence.

Boîte à outils pour le plaidoyer : Un guide pour influencer les décisions qui améliorent la vie des enfants	UNICEF (2010)	La boîte à outils de plaidoyer fournit une définition largement acceptée du plaidoyer et souligne la position et l'expérience uniques de l'UNICEF en matière de plaidoyer. La partie principale de la boîte à outils présente les étapes détaillées, les recommandations et les outils permettant de développer et de mettre en place une stratégie de plaidoyer.
Fiche d'information SSRA en situations d'urgence	IAWG (2019)	Cette fiche d'information fournit des statistiques et des informations clés sur les besoins et les risques de SSR des adolescent.e.s dans les situations d'urgence. En outre, la ressource recommande quatre stratégies clés à privilégier lors de la mise en œuvre de programmes de SSR axés sur les adolescent.e.s dans des contextes humanitaires. Disponible en arabe, en français et en espagnol.
Liste de contrôle pour la préparation et la supervision de soutien des installations de SSRA	IRC	La liste de contrôle de la supervision de soutien peut être utilisée par les gestionnaires pour soutenir le développement du personnel et s'assurer que les activités du programme sont en cours.
Boîte à outils d'urgence	CARE	La boîte à outils d'urgence de CARE (CET) rassemble ce que CARE sait sur la réponse humanitaire - en particulier dans les situations d'urgence aiguë, mais aussi celles à long terme. Le CET vous permet de répondre avec une plus grande efficacité, à plus de monde, plus rapidement. Il utilise les leçons que nous avons tirées des réponses passées, et les bonnes pratiques des autres, pour vous fournir des conseils sur ce que vous devez faire. Il contient des formulaires, des protocoles, des directives et des outils dont vous pourriez avoir besoin.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (Chapitre 3 : Dispositif minimum d'urgence [DMU])	IAWG (2018)	L'IAFM est l'aboutissement d'un processus de collaboration et de consultation auquel ont participé des centaines de représentants de l'ONU et des ONG qui composent l'IAWG. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les situations de crise.
Manuel des kits de santé reproductive interorganisations pour les situations de crise	IAWG (2011)	Les kits de santé reproductive de l'IAWG sont complémentaires au kit sanitaire d'urgence interorganisations, qui est conçu pour répondre aux besoins de soins de santé primaires des populations déplacées sans installations médicales. Des kits spécifiques sont désignés pour chacun des six objectifs de l'édition 2018 du DMU. Cette ressource de l'IAWG est un manuel sur le contenu, l'utilisation et les procédures de commande des kits.

Aide-mémoire du DMU	IAWG (2019)	Ce document fournit une « aide mémoire » à partir de laquelle les professionnels et les personnes travaillant sur le terrain peuvent rapidement se référer et se rappeler les objectifs et les actions inclus dans le Dispositif Minimum de Service Initial pour la Santé Sexuelle et Reproductive dans les Situations de Crise (DMU).
Protocole sur les allégations d'exploitation et d'abus sexuels impliquant des partenaires de mise en œuvre	ONU (2018)	Ce protocole décrit les obligations des Nations Unies, y compris de ses fonds et programmes, lorsqu'elles travaillent avec des partenaires d'exécution, afin de garantir des garanties adéquates et une action appropriée en matière d'exploitation et abus sexuels.
RESOURCE Kit de mise en œuvre de la mobilisation des ressources (I-Kit) Modèles de propositions et de demandes de subventions	JHU, MSH (2016)	Sert d'introduction aux organisations travaillant dans la communication sur le changement social et comportemental et la durabilité. Le I-Kit fournit aux responsables de la SSR des conseils détaillés et des modèles pour les processus de mobilisation des ressources.
La politique de Save the Children en matière de sauvegarde de l'enfance	Save the Children	La politique de Save the Children en matière de sauvegarde de l'enfance définit les orientations clés que le personnel et les partenaires de mise en œuvre doivent suivre lors de la mise en œuvre des programmes.
Manuel Sphère : Charte humanitaire et normes minimales pour les réponses humanitaires	Sphere (2018)	Le projet Sphere, aujourd'hui connu sous le nom de Sphere, a été créé en 1997 par un groupe d'organisations non gouvernementales humanitaires et le Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Cette quatrième édition marque le 20e anniversaire du Manuel Sphère et comprend de nouvelles orientations pour travailler en milieu urbain, pour répondre aux normes minimales dans les crises prolongées et pour fournir une assistance par le biais des marchés comme moyen de respecter les normes. Tous les chapitres techniques ont été mis à jour pour refléter les pratiques actuelles, et le Standard humanitaire de base harmonisé remplace les Standards de base précédents.
Formation pour les cadres de niveau intermédiaire	OMS (2008)	La formation pour les cadres intermédiaires (MLM) contient huit modules pour soutenir l'immunisation, les vaccins.
Formation pour les cadres de niveau intermédiaire : 4. Supevision de soutien	OMS (2008)	Ce module aidera le cadre intermédiaire à tirer le meilleur parti de chaque visite de supervision, de la formation des personnes chargées de la supervision, en passant par la gestion d'un système de visites de supervision jusqu'au suivi et à la résolution des problèmes après la session de supervision.

Merci pour tout le travail que vous faites
Merci pour le travail que vous faites au service et en partenariat avec les femmes, les filles, les garçons, et les hommes affectés par la crise

Nous vous invitons à rejoindre la conversation à **https : / / iawg.net / about / sub-working-groups / adolescent-sexual-reproductive-health**
Vous pouvez également nous envoyer un courriel à **info.iawg@wrcommission.org**.

IAWG Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises

IAWG Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises