

## Questions spécifiques

# Santé sexuelle et génésique

### TABLE DES MATIERES

<b>NOTES D'ORIENTATION POUR LES MODERATEURS</b>	<b>Page</b>
Introduction.....	3
Thème 1 : Les jeunes et la santé sexuelle .....	8
Thème 2 : Travailler avec les jeunes – Défis et forces .....	14
Thème 3 : Normes juridiques pertinentes et planification des programmes .....	19
Thème 4 : Promotion d'une santé sexuelle et génésique efficace et prévention...28	
Thème 5 : Problèmes spécifiques et messages à l'intention des jeunes.....	34
Programmes types .....	42
<b>MATERIEL DE FORMATION</b>	
Transparents .....	51
Exercices.....	67
Documents d'appui.....	99
<b>RESOURCES</b>	
Lectures .....	115
Lectures supplémentaires, vidéos et sites web .....	152

Remerciements:

Les Dossiers de ressources de l'ARC ont été développés grâce aux contributions d'une multitude de personnes du personnel du HCR, de l'Alliance de Save the Children et d'autres organisations – merci à toutes ces personnes.

L'UNICEF et l'HCDH ont participé au développement de certaines sections de ces Dossiers de ressources, en accord avec les principes et les politiques de leur mission et dans le cadre de leur mandat respectif.

Nous remercions particulièrement quatre consultants indépendants qui ont aidé à développer le matériel et l'approche utilisée pour la formation: Bruce Britton, Peter Firkin, Maureen O'Flynn et David Tolfree.

Rédacteur: David Nosworthy

## Santé sexuelle et génésique

---



### Introduction

---

Les modérateurs qui n'ont pas fait de formation récemment ni travaillé dans le domaine couvert par le présent Dossier de ressources doivent lire attentivement les différents thèmes, transparents, exercices, documents d'appui et lectures avant de commencer à planifier leurs activités de formation. Veuillez prendre note du fait que ces matériels doivent être utilisés conjointement avec la politique énoncée (ils ne la remplacent pas) et visent à stimuler l'apprentissage et la discussion.

#### **CONCEPTS CLES**

1. La santé sexuelle et génésique est l'affaire de tous.
2. Le moment où ces problèmes commencent à affecter les jeunes se situe au niveau de l'adolescence, lorsque les jeunes commencent à connaître leur propre sexualité et doivent prendre des décisions concernant leur comportement sexuel, qui peuvent avoir des implications pour toute leur vie. Un soutien et des interventions efficaces avant et pendant cette période de leur vie peuvent comporter des avantages importants et durables.
3. Compte tenu du caractère instable de leur situation, les jeunes réfugiés et déplacés sont plus exposés au risque d'une mauvaise santé sexuelle et génésique que les jeunes en situation de stabilité. Il faudrait accorder la priorité aux programmes qui prennent en compte leurs besoins.
4. Les problèmes de santé sexuelle des jeunes se posent lorsqu'ils ne contrôlent pas leur propre vie sexuelle ; lorsqu'ils sont soit mal informés soit mal outillés pour faire face aux conséquences de leurs activités sexuelles.
5. Etre efficace en matière de travail sur les problèmes de santé sexuelle et génésique nécessite que l'on travaille avec les jeunes et leurs communautés afin d'élaborer des programmes qui soient appropriés sur le plan culturel et s'attaquent aux questions d'appartenance sexuelle pertinentes et "parlent" réellement aux communautés locales.
6. Travailler avec les jeunes afin de prendre en compte les problèmes liés à leurs sexualités et santé génésique nécessite des aptitudes spéciales, notamment la capacité à impliquer, dans une large mesure, les jeunes eux-mêmes dans le processus d'élaboration de stratégies d'auto-assistance efficaces.
7. La compréhension et l'application des normes juridiques clés qui concernent directement les droits en matière de santé sexuelle et génésique des jeunes contribuent à appuyer le plaidoyer dans ce domaine et peuvent éclairer de façon judicieuse la prise de décision et la planification des programmes.

8. Des programmes de santé sexuelle et génésique efficaces nécessitent une approche multisectorielle et une coordination rigoureuse aussi bien entre les agences qu'au sein de celles-ci. Les programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) appuient ces activités et sont complémentaires en ce qui concerne les messages qu'ils véhiculent et les mesures dont ils assurent la promotion.
9. Les programmes d'IEC réussis présentent de nombreuses caractéristiques communes : ils comprennent une forte participation communautaire, des activités pilotées par les jeunes, des stratégies visant à aider les jeunes à apprendre à se gérer eux-mêmes et à gérer leur comportement avec confiance, et l'acquisition d'un certain nombre d'aptitudes psychosociales.
10. Il existe des messages de santé et de prévention spécifiques qui concernent des problèmes clés individuels : les infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH/SIDA, les grossesses précoces ou non planifiées, la mutilation génitale féminine (MGF), l'abus des substances et la nutrition. La violence sexuelle et la violence fondée sur l'appartenance sexuelle sont abordées dans le Dossier de ressources de l'ARC relatif à l'**Exploitation et aux sévices**.

Ces concepts clés sont présentés dans le **Transparent 1.0**.

## **APERÇU ET DEFINITIONS**

Au cours de la dernière décennie, les préoccupations concernant la sexualité saine et responsable ont pris de l'ampleur dans les programmes de planification familiale, ainsi que dans les autres activités de santé et sociales, essentiellement pour deux raisons : l'accroissement de l'activité sexuelle chez les adolescents, la multiplication des grossesses et des avortements et la propagation sur une grande échelle des infections sexuellement transmissibles, notamment le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui provoque le Sida.

On estime à plus de 333 millions le nombre de nouveaux cas d'IST qui se produisent chaque année, ce qui en fait l'une des maladies infectieuses les plus répandues au monde, en particulier parmi le groupe d'âge de 15 à 49 ans. Selon les estimations, plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH/Sida ont été infectées avant l'âge de 25 ans.

L'expérience sexuelle avant le mariage est de plus en plus répandue parmi les jeunes dans les pays en développement. A mesure que les pays s'urbanisent et se développent sur le plan économique, l'âge du mariage augmente et les attitudes et comportements sexuels des jeunes avant le mariage changent. En ce qui concerne les jeunes réfugiés ou déplacés, il est probable que ces problèmes les affectent de façon encore plus aiguë que lorsqu'ils vivent dans des situations de stabilité.

Etant donné que, d'une manière générale, les adolescents commencent les relations sexuelles sans en envisager les conséquences et dans l'ignorance, pour ainsi dire, totale et sans protection précise, nombre d'entre eux sont confrontés à des conséquences graves, voire dangereuses, notamment les grossesses non désirées, les avortements, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA.

Les conséquences économiques et sociales de la sexualité des adolescents peuvent être considérables. Les jeunes filles non mariées qui tombent enceintes ont moins de chances d'achever leurs études, sont confrontées à une instabilité matrimoniale plus grande et ont moins de biens et de revenus, par la suite, dans la vie par rapport aux autres femmes. Souvent, cependant, les politiques gouvernementales ou des barrières inutiles empêchent les adolescents d'avoir accès aux services de planification familiale et de santé génésique. La satisfaction des besoins de santé génésique des jeunes nécessite non seulement la prestation des services et l'éducation, mais également que l'on change d'attitude, vainque l'opposition, renforce la compréhension et l'éducation des adultes au sujet des problèmes auxquels les jeunes sont confrontés.

Dans le présent dossier de ressources, le terme "jeune" désigne, d'une manière générale, toute personne appartenant au groupe d'âge de 10 à 24 ans. Les définitions de ce que la société considère comme un enfant, un adolescent ou un jeune adulte varient d'une culture à une autre. Cependant, les besoins en matière de services de santé génésique commencent à un âge jeune. Le terme "adolescente" est utilisé pour décrire ou comparer la situation de celle-ci avec celle des femmes plus âgées, étant donné que ni le mot "jeune fille" ni le mot "jeune femme" ne décrit de façon précise la tranche d'âge en question.

L'expression "santé sexuelle et génésique" a été préférée à des expressions simples comme "santé génésique" ou "santé génésique des adolescents" dans la mesure où la santé génésique des jeunes est déterminée par leurs santé et activités sexuelles ; et dans la mesure où les questions du comportement sexuel et de la sexualité revêtent une importance capitale pour la question de leur santé génésique. Veuillez vous référer également au **Dossier de ressources de l'ARC relatif au Développement de l'enfant et de l'adolescent, Thème 1.**

## **IMPORTANCE DE LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT**

Les droits humains des enfants sont pleinement stipulés dans un traité : la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (1989), qui assure le niveau le plus élevé de protection et d'assistance aux enfants au titre de tout instrument international. L'approche de la Convention est holistique, ce qui signifie que les droits sont indivisibles et intimement liés, et que tous les articles ont la même importance. La Convention constitue l'instrument des droits humains le plus largement accepté au plan universel – elle a été ratifiée par tous les pays du monde, hormis deux (les États-Unis et la Somalie). Elle constitue le cadre le plus complet en ce qui concerne les responsabilités des États parties à l'égard de tous les enfants qui vivent à l'intérieur de leurs frontières : en ratifiant la Convention, les gouvernements se sont engagés à protéger et garantir les droits de tous les enfants, sans discrimination, y compris les droits des enfants et des adolescents réfugiés et déplacés. La Convention définit "l'enfant" comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, "sauf si la majorité est atteinte plutôt en vertu de la législation qui lui est applicable". Conformément aux dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant, cette exception doit être interprétée comme ayant un caractère d'habilitation, en d'autres termes, les personnes âgées de moins de 18 ans peuvent prétendre aux avantages inhérents à l'âge adulte, si ceux-ci sont octroyés par la législation nationale, tout en ayant la possibilité de se prévaloir de la protection au titre de la Convention relative aux droits de l'enfant.

L'article 24 de la Convention relatif au droit à la santé repose sur le droit à la vie et à la survie et au développement visé à l'Article 6 de la même Convention. Le principe de la non-discrimination fait obligation aux Etats parties de reconnaître le droit de tous les enfants au "meilleur état de santé possible", ainsi qu'aux "services médicaux et de rééducation". En outre, l'Article 24, Paragraphe 2 énumère les mesures appropriées que les Etats parties doivent prendre afin d'assurer la pleine réalisation de ce droit. Le caractère holistique de la Convention met en exergue l'importance de la corrélation qui existe entre le droit à la santé et à un niveau de vie suffisant (Article 27), d'une part, et le droit à l'éducation (Article 28), d'autre part. La nécessité de prendre pleinement en compte les problèmes de santé des adolescents est soulignée à l'Article 5 concernant les capacités évolutives de l'enfant.

La Convention a été le premier traité international des droits humains à reconnaître de façon explicite la violence et les sévices sexuels, un facteur important lié à la santé sexuelle et génésique des jeunes.

## **STRUCTURE DU PRESENT DOSSIER DE RESSOURCES**

**Thème 1 : Les jeunes et la santé sexuelle.** Ce thème définit ce que l'on entend par santé sexuelle et génésique et étudie la manière dont les problèmes de santé sexuelle pourraient surgir chez les jeunes. Il se penche sur la question des risques accrus en matière de santé sexuelle et génésique qu'encourent les jeunes réfugiés et déplacés.

**Thème 2 : Travailler avec les enfants : Défis et forces.** Ce thème se penche de façon spécifique sur les problèmes liés au travail avec les jeunes dans ce contexte. Il étudie les défis et les questions culturelles et d'appartenance sexuelle qui doivent être pris en compte et passe en revue les avantages particuliers que les jeunes peuvent apporter au travail sur ces questions.

**Thème 3 : Normes juridiques pertinentes et planification des programmes.** Ce thème propose un aperçu de quelques-uns des instruments juridiques les plus importants susceptibles d'être utilisés pour faire le plaidoyer à tous les niveaux et éclairer la planification des programmes. Il propose également quelques suggestions en faveur d'un accent accru sur la programmation afin de prendre en compte certains des besoins sexuels et génésiques et droits des jeunes.

**Thème 4 : Promotion efficace de la santé sexuelle et génésique et prévention.** Ce thème se penche sur l'importance de l'approche multisectorielle et d'une bonne coordination entre et au sein des institutions, en ce qui concerne la mise au point et l'exécution des programmes qui prennent en compte les besoins et droits en matière de santé sexuelle et génésique des jeunes et traite de la manière dont des activités efficaces d'information, d'éducation et de communication (IEC) peuvent appuyer ces programmes.

**Thème 5 : Problèmes spécifiques liés à la santé sexuelle et génésique et messages clés à l'intention des jeunes.** Dans ce thème, de brèves descriptions des questions ci-après sont faites, parallèlement aux messages clés de prévention et de protection à l'intention des jeunes : les IST, notamment le VIH/Sida, les grossesses précoces et non planifiées, la mutilation génitale féminine, l'abus des substances et la nutrition.

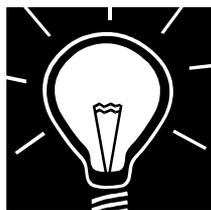
Le présent document propose des exercices participatifs, des études de cas, des transparents et des documents d'appui. Il est vivement recommandé aux modérateurs de mettre au point des matériels spécifiques à la région ou au pays, notamment Les études de cas, afin de rendre la formation plus pertinente.

### **AUTRES DOSSIERS DE RESSOURCES DANS LA PRESENTE SERIE**

Les modérateurs sont encouragés à étudier le présent Dossier de ressources à la lumière des autres matériels de l'ARC, en particulier les **Dossiers de ressources de l'ARC relatifs au Développement de l'enfant et de l'adolescent, au Travail avec les enfants et à l'Analyse de situation**. L'exploitation et les sévices sexuels constituent un grave problème qui a un impact sur la santé sexuelle et génésique des enfants et des adolescents. Par conséquent, il est recommandé que le **Dossier de ressources de l'ARC relatif à l'Exploitation et aux sévices** soit consulté directement pendant le travail avec le présent Dossier de ressources.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Thème 1 :

### Les jeunes et la santé sexuelle

---

#### POINTS CLES A RETENIR

- ***La santé sexuelle et génésique est l'affaire de tous.***
- ***Un soutien et une information efficaces aux jeunes qui sont sur le point de commencer leur vie sexuelle peuvent avoir des conséquences durables et avantageuses pour de nombreux aspects de leur vie.***
- ***L'adolescence marque le début du voyage de la jeune personne dans le développement sexuel et la sexualité. Elle peut être une période excitante, préoccupante et/ou difficile.***
- ***La bonne santé sexuelle suppose que l'on se sente bien dans sa peau, sa tête et son esprit, ainsi que dans le contexte de l'environnement social dans lequel on vit, en ce qui concerne son comportement sexuel.***
- ***Les problèmes de santé sexuelle se posent lorsque les jeunes ne contrôlent pas leur propre vie sexuelle : ils sont soit mal informés soit mal outillés pour faire face aux conséquences de leurs activités sexuelles.***
- ***En raison du caractère instable de leur situation, les jeunes réfugiés et déplacés sont davantage exposés au risque de porter préjudice à leur santé sexuelle et génésique que les jeunes en situation de stabilité.***

#### LA SANTE SEXUELLE ET GENESIQUE EST L'AFFAIRE DE TOUS

##### **La santé sexuelle**

*"...est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être sexuel, de manières qui enrichissent de façon positive, rehaussent la personnalité et renforcent la communication et l'amour".*

##### **La santé génésique**

"...est un état de bien-être complet, physique, mental et social et pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité, pour toutes les questions concernant le système reproductif et ses fonctions et processus. Par conséquent, la santé génésique suppose que les personnes sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et saine et qu'elles ont la capacité de se reproduire et sont libres de décider de l'opportunité et du moment de le faire, ainsi que du nombre de fois".

Programme d'action de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (ICPD) du Caire, 1994, paragraphe 7.2.

Cette définition est également présentée dans le **Transparent 1.2.**

La question de la santé sexuelle et génésique est très personnelle et concerne tout le monde, jeunes ou vieux, hommes ou femmes, pendant la majeure partie de la vie. Elle commence à affecter la vie des personnes à l'adolescence, au moment où celles-ci prennent conscience du fait qu'elles commencent à sortir de l'enfance et évoluent vers l'âge adulte. Etant donné que ceci constitue un changement capital dans la vie, cette prise de conscience croissante de la sexualité peut avoir une incidence considérable sur la manière dont les jeunes se conduisent et mènent leur vie. Il peut s'agir d'un moment excitant, plein de stress, effrayant ou difficile.

Il est de plus en plus reconnu que le soutien et les interventions visant à assurer une bonne santé sexuelle et génésique aux jeunes peuvent avoir des conséquences bénéfiques tout au long de la vie : les décisions ou les événements concernant le comportement et l'activité sexuels qui interviennent entre les âges de 10 et 24 ans peuvent constituer un facteur important en ce qui concerne l'orientation que la vie d'une jeune personne prendra. Une fille de 13 ans sexuellement active, par exemple – que son activité sexuelle soit liée à un mariage précoce, à la prostitution des enfants ou à la curiosité – ne pourra certainement jamais achever ses études. Elle sera davantage exposée aux risques liés aux autres problèmes de santé génésique et, en conséquence, courra plus de risques d'être confrontée à des problèmes sociaux et psychologiques.

En dépit des progrès économiques, sociaux, médicaux et éducatifs enregistrés au cours de ce siècle, les jeunes d'aujourd'hui sont davantage exposés au risque en ce qui concerne la santé génésique que certains de leurs prédécesseurs. L'urbanisation croissante, l'effondrement des structures sociales et économiques traditionnelles et la mobilité accrue de la population mondiale exposent les jeunes à des risques – en ce qui concerne leur santé en général, leur santé mentale et leur santé génésique – que n'ont pas connus les générations précédentes ou qui se limitaient à relativement peu de jeunes. Aujourd'hui, l'industrie du sexe commercial peut fonctionner sur l'Internet. Désormais, les drogues illicites potentiellement nocives sont produites presque partout dans le monde. La violence, notamment dans les rues des villes ou sous forme de conflits ou de guerres, constitue un risque pour de nombreux jeunes.

Département du développement de la santé de l'enfant et de l'adolescent (2000), "Meeting an Urgent and Unmet Need: Making Reproductive Health Services Available and Accessible to Forcibly Displaced Young People." Genève, Organisation mondiale de la santé.

## **SENTIMENTS SEXUELS ET SEXUALITE**

Lorsqu'un garçon ou une fille atteint l'âge de la puberté, son corps amorce une métamorphose, passant de l'état de celui d'un enfant à celui d'un adulte. Le corps connaît également des changements chimiques. Il s'agit d'une période de croissance et de changement à laquelle il n'est pas toujours facile de négocier un passage sûr. A ce moment également, les jeunes commencent souvent à éprouver des sentiments sexuels. Ils peuvent ressentir des picotements ou

éprouver un sentiment de chaleur lorsqu'ils pensent à une autre personne ou la touchent. Ces sentiments peuvent traverser le corps comme un courant électrique, provoquant la stimulation et l'excitation. Il arrive qu'ils soient incapables de penser à autre chose. Ces sentiments font naturellement partie de la croissance. Ce que les jeunes font de ces sentiments revêt de l'importance. Même lorsqu'ils sont sexuellement actifs, ils sont souvent mal outillés et/ou impuissants face aux conséquences de l'activité sexuelle. Ne bénéficiant d'aucun accès à l'information, à la contraception et à l'égalité en droits, ils sont très exposés au risque de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST), d'avoir des grossesses non désirées, de gâcher les opportunités d'éducation dont ils disposent, d'être évités, rejetés par leurs familles et à toute une série d'autres conséquences qui auront une incidence négative sur leur avenir :

"On ne m'a rien dit au sujet du sexe lorsque je grandissais – mes parents m'ont seulement dit que je ne devrais plus jouer avec les garçons une fois que j'aurais commencé à avoir mes règles. Lorsque je suis tombée amoureuse, j'ai fait ce qui est arrivé naturellement. J'ignorais totalement que je pouvais tomber enceinte la première fois ou qu'il me laisserait tomber".

Le **Transparent 1.4** énumère les caractéristiques des jeunes qui pourraient influencer la manière dont ils se comportent.

Apporter un soutien approprié et efficace, fournir des informations et donner une orientation aux jeunes qui opèrent des choix personnels peuvent avoir un impact durable et positif sur leur vie.

## **SANTE SEXUELLE**

Une jeune personne jouit d'une bonne santé sexuelle lorsqu'elle se sent bien en ce qui concerne sa vie sexuelle. Elle se sent bien dans son corps, sa tête et son esprit et est en harmonie avec sa société, eu égard à la manière dont elle mène cette partie de sa vie.

Qu'entend-on par bonne santé sexuelle ? Pour les jeunes, elle devrait comprendre, la confiance et la capacité à :

- prendre des décisions concernant leurs propres corps et la manière dont ils mèneront leur vie sexuelle sans que quelqu'un les force ou exerce des pressions sur eux ;
- dire "non" aux rapports sexuels jusqu'à ce qu'ils aient une relation amoureuse et soient heureux de dire "oui" ;
- s'ils ont des rapports sexuels, se prémunir contre les grossesses non désirées et les maladies qui sont transmises pendant l'acte sexuel ;
- éprouver du plaisir suite aux rapports sexuels sans porter préjudice aux autres ;
- jouir de leur sexualité à l'abri de la honte, de la culpabilité et de la peur ;
- se rendre dans un centre de santé lorsqu'ils ont un problème.

## **COMMENT SURGISSENT LES PROBLEMES DE SANTE SEXUELLE ?**

De nombreux problèmes de santé sexuelle surgissent parce que les jeunes – tant les filles que les garçons – ne contrôlent pas leur vie sexuelle. Ils sont soit mal informés soit mal outillés pour faire face aux conséquences des activités sexuelles qu'ils ont eues de façon volontaire ou qu'ils ont été forcés ou contraints d'entreprendre par une ou plusieurs personnes qui sont plus puissantes qu'eux.

Une conséquence grave de ce qui précède peut être le mariage et les grossesses précoces. Les femmes âgées de 15 à 19 ans connaissent un taux de mortalité maternelle trois fois plus élevé que celui de celles âgées de 20 à 24 ans. Le report des premières naissances jusqu'à ce que la mère ait 18 ans constitue également un facteur important de réduction du décès des enfants.

Un problème connexe peut être le mariage consanguin – mariage dans lequel le mari et la femme sont des cousins au deuxième degré ou plus proches (souvent la conséquence de facteurs culturels, sociaux, religieux et d'éducation). A cet égard, le type de mariage le plus répandu est le mariage entre cousins. Les femmes dans les unions consanguines se marient en général plus tôt et il est moins probable qu'elles utilisent les méthodes de contraception modernes. La consanguinité constitue également un facteur important de la maternité et de l'enfance à risque (grossesses compliquées, mort-nés, mortalité juvénile et infantile, principaux risques d'anomalie à la naissance, de malformation, etc.).

La violence sexuelle et la violence fondée sur l'appartenance sexuelle constituent une grave menace pour les jeunes, en particulier les filles tant dans les situations de stabilité qu'en période d'insécurité : le viol est plus souvent classé dans cette catégorie, mais celle-ci comprend également les menaces sexuelles, l'exploitation sexuelle, l'humiliation, les agressions, l'inceste, la violence au foyer et la prostitution involontaire. Selon l'Association suédoise pour l'éducation sexuelle, 2 millions de jeunes filles sont introduites sur le marché du sexe en Afrique chaque année. La mutilation génitale féminine (MGF) constitue une autre question connexe. Les rapports indiquent qu'en Afrique, jusqu'à 2 millions de filles âgées de 7 à 12 ans sont victimes de mutilation génitale chaque année (source : *Association suédoise pour l'éducation sexuelle, 1997*). Ces questions et les suggestions concernant les activités y relatives sont examinées de façon plus détaillée au **Thème 5**.

## **SANTE SEXUELLE ET GENESIQUE POUR LES JEUNES AFFECTES PAR LES CONFLITS ARMES**

Les jeunes affectés par les conflits armés – qu'il s'agisse de réfugiés ou de personnes déplacées au plan interne vivant en milieu rural ou urbain – courent plus de risques d'être confrontés à des problèmes de santé sexuelle ou génésique que les jeunes qui ne sont pas déplacés. Par ailleurs, ils peuvent supporter le fardeau du traumatisme lié à l'exil et aux incertitudes concernant leur avenir. Ils peuvent avoir connu le viol, la torture ou les tueries ou en avoir été témoins et peuvent avoir perdu leurs "modèles de rôle" au sein de leurs familles et communautés. Ils peuvent également se retrouver dans une nouvelle société où les normes sociales sont très différentes de celles dans lesquelles ils ont grandi et auxquelles ils commençaient à s'habituer. La séparation de la patrie, des anciens et de la culture traditionnelle peut créer une situation dans laquelle les

comportements à risque sont plus ou moins tolérés, augmentant ainsi le risque de grossesses non planifiées ou non désirées, des IST, de l'abus des drogues, de violence etc. Dans les situations de rétablissement ou de rapatriement, ils peuvent se retrouver dans une autre situation culturelle ou sociale qui est en contradiction avec les normes auxquelles ils sont habitués. Par exemple, les réfugiés guatémaltèques revenant du Mexique passaient d'une situation urbaine plus progressiste à un milieu rural très ancré dans la tradition, qui était officiellement leur patrie. Les jeunes qui avaient reçu leur éducation sociale et sexuelle dans un contexte urbain ont trouvé ce changement très difficile.

Certaines ou toutes les considérations suivantes peuvent également influencer sur la situation des jeunes :

- la perturbation des systèmes éducatifs qui constitue la perte d'une autre source d'informations, de protection et d'assistance ;
- la perte des sources de revenus qui réduit la capacité à opérer des choix libres ;
- les femmes, voire les enfants eux-mêmes, peuvent être les seules personnes à s'occuper du bien-être de tous les membres de leurs familles. Ce rôle constitue souvent un lourd fardeau émotionnel et physique qui n'est pas compensé par une prestation de services appropriée. Dans ces milieux familiaux, les jeunes qui semblent capables de se prendre en charge dans une certaine mesure, sont souvent livrés à eux-mêmes ;
- dans les situations de réfugiés et de personnes déplacées, l'attention est souvent accordée aux mesures immédiates permettant de sauver la vie et une priorité insuffisante est accordée aux soins de santé génésique.

(Les informations ci-dessus sont également présentées sous forme de **Transparent 1.3**).

## MATERIELS DE FORMATION POUR LE THEME 1

Transparent 1.1 : Points clés à retenir pour le Thème 1	Points clés à retenir pour le Thème 1
Transparent 1.2 : Définition de la santé génésique	Définition
Transparent 1.3 : Difficultés auxquelles les jeunes réfugiés et déplacés sont confrontés	Problèmes spécifiques auxquels sont confrontés les jeunes réfugiés et les autres personnes et qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur leur santé sexuelle et génésique
Transparent 1.4 : Caractéristiques des jeunes	Caractéristiques particulières des jeunes qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur leur santé sexuelle et génésique
Exercice 1.1 : Qu'avez-vous fait lorsque vous étiez adolescents ?	Un bref exercice au cours duquel les participants réfléchissent à leur propre adolescence
Exercice 1.2 : Quelles difficultés sont liées à la vie d'adolescent ?	Exercice de discussion qui met à profit les expériences personnelles des participants

Exercice 1.3 : Jeunes réfugiés et déplacés – Les risques	Exercice qui développe la compréhension des risques accrus auxquels les jeunes réfugiés et déplacés sont confrontés
---	---

### **SUGGESTIONS SUPPLEMENTAIRES POUR LA FORMATION**

Demander aux participants, répartis en groupes, d'élaborer une définition de la "santé sexuelle" pour une jeune personne. Leur demander de partager leurs différentes définitions et, en conséquence, d'élaborer une définition qui fasse l'unanimité au sein de l'ensemble du groupe. Comparer la définition du groupe avec celle des Notes d'orientation.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Thème 2 :

### Travailler avec les jeunes – Défis et forces

---

#### POINTS CLES A RETENIR

- *L'élaboration de programmes efficaces de santé sexuelle et génésique pour les jeunes comporte des défis importants.*
- *Les jeunes ont leurs forces particulières qui peuvent contribuer, dans une large mesure, à la réussite de ces programmes.*
- *Une compréhension et une analyse claires des problèmes culturels d'appartenance sexuelle existants devraient éclairer la planification du programme dans ce domaine.*
- *Les jeunes doivent être associés à toutes les étapes de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes.*
- *Les parents, les enseignants, les responsables communautaires et les responsables religieux doivent être consultés et informés de l'importance des programmes de santé sexuelle et génésique pour les jeunes.*

#### DEFIS DE LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTE SEXUELLE ET GENESIQUE EFFICACES POUR LES JEUNES

Offrir aux jeunes des opportunités efficaces d'éducation sexuelle et de soins de santé génésique contribuera, dans une large mesure, à leur assurer la sécurité, la santé générale, l'éducation et le développement de la confiance en soi et de l'amour-propre nécessaires. (Le **Thème 4** traite de façon plus détaillée de la mise au point de ces programmes).

Cependant, il existe des défis à relever. Travailler avec les jeunes nécessite la compréhension de leur faiblesses, ainsi que de leurs forces. Par exemple :

- les jeunes peuvent vivre dans des cultures qui les dissuadent ou leur interdisent de discuter des questions de santé génésique ou des pratiques sexuelles ou de prendre des décisions concernant leurs propres activités sexuelles ou santé génésique ;
- ils peuvent hésiter à parler de sexe ou des problèmes de santé génésique avec des personnes plus âgées, pour autant qu'ils en aient l'occasion ;
- ces jeunes qui ont déjà un "autre" mode de vie, urbain – avec ce que cela comporte, notamment le sexe commercial ou l'utilisation des stupéfiants –

peuvent éprouver des difficultés à communiquer avec quelqu'un d'autre, hormis leurs pairs.

Les facteurs qui présentent des défis pour la prestation des services de santé génésique, en particulier en ce qui concerne les jeunes, ont été mis en exergue au cours de la Conférence de Beijing de 1995, comme suit :

- *l'insuffisance des niveaux de connaissances concernant la sexualité humaine ;*
- *le caractère inapproprié ou la mauvaise qualité des informations et des services en matière de santé génésique ;*
- *la prévalence de comportements sexuels à haut risque ;*
- *les pratiques sociales discriminatoires ;*
- *les attitudes négatives à l'égard des femmes et des filles ;*
- *le pouvoir limité dont dispose de nombreuses femmes et filles sur leur vie sexuelle et génésique.*

Cette liste est également présentée sous forme de **Transparent 2.2.**

Toutefois, les forces spéciales que les jeunes peuvent apporter dans une situation donnée peuvent contribuer, dans une large mesure, à relever tous ces défis, notamment les points ci-après :

- les jeunes sont plus souples et s'adaptent souvent plus facilement aux nouvelles situations que leurs parents ;
- ils peuvent également apprendre plus rapidement à "travailler" dans de nouvelles structures ;
- ils ont tendance à être plus ouverts aux nouvelles idées que les personnes plus âgées ;
- lorsqu'ils sont motivés, ils ont des sources d'énergie et d'enthousiasme considérables ;
- ils peuvent être de loin de meilleurs agents de communication avec leurs groupes de pairs que de nombreux adultes, en particulier ceux qui sont perçus comme étant l'autorité.

Cette liste est également présentée sous forme de **Transparent 2.3.**

## **CONSIDERATIONS D'ORDRE CULTUREL**

Dans ce domaine d'activité, les considérations et les sensibilités culturelles revêtent une importance primordiale – peut-être plus que de nombreuses autres.

Les pratiques qui sont tolérées et encouragées dans une culture sont interdites ou répréhensibles dans une autre. La culture reflète l'histoire et la tradition de la société dans laquelle une personne vit. Elle décrit ce qu'elle pense, apprend et fait en tant qu'individu, et ce que sa société considère comme important, en termes de valeurs tant religieuses que sociales. Les pratiques culturelles peuvent avoir des conséquences positives ou négatives sur les différentes personnes au sein de la communauté.

Les filles sont souvent amenées par leur société à croire que leur corps est source

de honte, que les belles filles ne savent rien du sexe, n'en parlent pas ou n'en jouissent pas.

Les garçons sont également influencés par les pensées et les attitudes qui prévalent au sein de leur société :

*"Nous autres garçons avons appris au sujet du sexe les uns avec les autres. Nous pensions que nous devrions commencer à avoir des rapports sexuels tôt sinon nos organes se rétréciraient et nos futures épouses se moqueraient de nous. Je ne voulais pas avoir une petite amie et je craignais d'avoir des maladies. Mais, je me suis soulé et j'ai essayé d'attraper une fille."*

En ce qui concerne les problèmes de santé sexuelle et génésique, les considérations d'ordre culturel peuvent se manifester de différentes manières.

- Il peut exister des différences culturelles entre les jeunes et leurs parents et grands-parents.
- Par ailleurs, il se peut que les jeunes réfugiés ou déplacés soient en train de passer à une culture où les valeurs religieuses et sociales et les pratiques culturelles sont différentes de celles dans lesquelles ils ont été éduqués.
- Ceux qui sont appelés à prodiguer des conseils aux jeunes et à leur apporter le soutien nécessaire en matière de santé génésique et sexuelle peuvent avoir des valeurs culturelles différentes des leurs.

A cet égard une approche positive du travail sur les problèmes d'ordre culturel a été proposée par Félix Houphouët-Boigny, ancien Président de la Côte d'Ivoire :

*"Nous devons considérer la culture comme un fleuve qui nous mène de l'avant, et non comme une mare stagnante. La culture nous aide à progresser et ne constitue pas un boulet qui nous retient".*

## **CONSIDERATIONS DE GENRE**

Dans de nombreuses cultures, les femmes sont la propriété des pères, frères, maris ou de la famille élargie. Les pères peuvent troquer leurs jeunes filles, avec des maris plus âgés ou des commerçants, contre des vaches ou de l'argent. Le mari a le droit d'avoir des rapports sexuels avec sa femme chaque fois qu'il en a envie, indépendamment des sentiments ou de la santé de celle-ci. Les femmes ou les filles peuvent être affublées de sobriquets pour avoir refusé d'avoir des rapports sexuels. Dans le monde du travail salarié, les femmes sont souvent contraintes d'avoir des rapports sexuels afin d'obtenir ou de conserver un emploi.

Dans les situations où les filles sont plus impuissantes que les garçons (à cause de la pauvreté, de la classe, de la caste ou du manque d'éducation), elles courent inévitablement plus de risques d'être victimes du harcèlement ou des sévices sexuels. Dans les situations où on leur apprend à être soumises et où on s'attend à ce qu'elles adoptent un comportement passif, la capacité à dire "non" ou à prendre les décisions qu'elles souhaitent concernant leurs corps constitue un défi encore plus redoutable.

En ce qui concerne les jeunes réfugiés ou déplacés, il est probable que ces questions les affectent de façon encore plus aiguë que ceux qui vivent dans les situations de stabilité.

Une programmation efficace et durable de la santé sexuelle et génésique doit

prendre en compte non seulement les besoins et intérêts particuliers des femmes et des filles, mais également ceux des hommes et des garçons. Par conséquent, une approche sensible au genre doit veiller à assurer la participation équitable des femmes et des filles, des hommes et des garçons de façon que tous puissent apporter leur contribution à l'amélioration de la de santé sexuelle et génésique et en tirer parti.

## **COMMENT TRAVAILLER DE FAÇON EFFICACE SUR LES PROBLEMES DE SANTE SEXUELLE ET DE GENESIQUE**

Une compréhension claire des valeurs et complexités culturelles d'une nouvelle situation de travail et l'analyse des problèmes de santé sexuelle et génésique qui sont pertinents pour les jeunes constituent les fondements de tout travail efficace dans ce domaine. L'importance de la participation des responsables communautaires, de la famille et des jeunes eux-mêmes au processus, ainsi qu'à la planification et à l'exécution des programmes de santé sexuelle et génésique ne doit pas être sous-estimée. Il est nécessaire de déployer des efforts ardues afin de veiller à ce que les filles, les femmes et les mères soient représentées dans ce processus.

Il est également important de garder à l'esprit les points ci-après. Selon les enquêtes effectuées à l'échelle mondiale, partout les jeunes ont le sentiment qu'ils sont dominés par des adultes qui, non seulement leur dictent la manière dont ils doivent se comporter, mais refusent de leur donner le contrôle de leurs propres corps et sexualité. Ils ne les protègent pas non plus contre l'exploitation. Tandis que les responsables religieux, les médias et les gouvernements décrivent le fait que des enfants ont des rapports sexuels et que les "valeurs familiales" s'effondrent, ils ne protègent pas ces "enfants" contre les risques liés aux rapports sexuels non désirés et non protégés. Les attitudes des adultes à l'égard de la sexualité des jeunes peuvent être à la fois condescendantes et contradictoires :

*"Vous ne pouvez pas me rejeter alors que je suis adolescente et revenir quand j'ai dix-neuf ans pour me dire de ne pas avoir de rapports sexuels avec mon petit ami".*

Le présent Dossier de ressources vise à encourager ceux qui travaillent dans le domaine sensible de la santé génésique à reconnaître à la fois l'importance et les défis liés à la mise en place de programmes efficaces en faveur des jeunes en vue d'assurer leur santé sexuelle et génésique ; mettre à profit les forces et la créativité spéciales de ces jeunes ; et les associer à toutes les étapes de la mise au point des programmes.

## **MATERIELS DE FORMATION POUR LE THEME 2**

Transparent 2.1 : Points clés à retenir pour le Thème 2	Sommaire des points clés à retenir
Transparent 2.2 : Défis de la prestation de services de santé génésique	Facteurs qui constituent des défis pour la prestation des services de santé génésique, en particulier en ce qui concerne les jeunes, mis en exergue au cours de la Conférence Beijing de 1995

Action for the Rights of Children (ARC)

Transparent 2.3 : Forces potentielles des jeunes	Forces positives des jeunes
Exercice 2.3 : Évaluation des forces et des défis lorsqu'on travaille avec les jeunes	Exercice d'analyse SWOC

## Santé sexuelle et génésique

---



### Thème 3 :

## Normes juridiques pertinentes et planification des programmes

---

### POINTS CLES A RETENIR

- ***Il existe un certain nombre d'instruments juridiques concernant les problèmes de santé sexuelle et génésique. Ceux-ci peuvent être utilisés de façon efficace pour le plaidoyer et la promotion des droits de reproduction et sexuels des jeunes.***
- ***La compréhension des problèmes liés aux droits en matière de santé sexuelle et de reproduction tels qu'ils affectent les jeunes peut contribuer à influencer les décideurs et les planificateurs de programmes afin qu'ils élaborent des programmes qui prennent mieux en compte les besoins des jeunes.***

Il est nécessaire d'œuvrer à tous les niveaux à l'amélioration de la santé sexuelle et génésique et du bien-être des enfants et des jeunes, qu'il s'agisse du plaidoyer auprès des organismes internationaux, des efforts tendant à les influencer ou du conseil aux individus qui sont immédiatement vulnérables. A l'instar de toutes les questions délicates, travailler uniquement à un seul niveau pourrait se solder par des changements et des améliorations mineurs, mais sans une compréhension claire de toute la gamme des problèmes, ces changements ont peu de chances d'être efficaces à long terme. Dans les situations de réfugiés, un manque de connaissances en matière de protection et de promotion de la santé sexuelle et génésique de la part des prestataires de services, ainsi que de la communauté locale, peut entraîner un accroissement appréciable de l'activité sexuelle à risque et de la mauvaise santé génésique.

Le présent thème vise à donner un aperçu des normes juridiques qui pourraient être utilisées pour la promotion et le plaidoyer en faveur des droits de reproduction (et sexuels) des jeunes et à donner des indices concernant les voies et moyens par lesquels les politiques et les programmes pourraient mieux satisfaire les besoins des jeunes et prendre en compte leurs droits en matière de santé sexuelle et génésique.

### **PROMOUVOIR LES DROITS EN MATIERE DE SANTE GENESIQUE PAR LE TRUCHEMENT DES NORMES JURIDIQUES**

Il existe un certain nombre d'instruments qui non seulement définissent le droit à la santé, mais également concernent directement les problèmes de santé génésique. Ceux-ci peuvent être utilisés de façon efficace pour le plaidoyer et la promotion des droits de reproduction et sexuels des jeunes. En outre, le personnel

qui travaille dans une région donnée doit toujours connaître les instruments régionaux et leurs dispositions, notamment la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, la Convention européenne sur les droits humains et la Convention américaine sur les droits humains.

Les droits en matière de santé génésique couvrent un certain nombre de droits humains tels que reconnus dans les différents instruments et documents reflétant le consensus au plan international. Il est important de rappeler que ces droits peuvent être également garantis par les législations nationales.

Les instruments présentés dans le présent thème diffèrent en ce qui concerne leurs nature et importance. Les traités, également appelés conventions ou dispositions contractuelles, sont des textes juridiques officiels auxquels les Etats souscrivent. Ils sont considérés comme des "règles absolues", car ils imposent des obligations juridiques contraignantes. Les autres instruments, notamment les déclarations, les principes ou les règles, ne lient pas les Etats et sont souvent appelés "règles non absolues". Leurs dispositions sont souvent plus détaillées que celles des traités et peuvent, par conséquent, compléter les règles absolues. Ces instruments sont des normes qui font autorité dans la mesure où les Etats ont participé à leur élaboration et ils reflètent le consensus au plan international, c'est-à-dire que les Etats n'ont pas émis d'objections concernant les dispositions qu'ils renferment. La Déclaration et la Plate-forme d'action de Beijing qui ont découlé de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995 constituent un exemple de règles non absolues. Le présent thème se réfère également à un certain nombre de principes directeurs du HCR qui donnent une orientation opérationnelle pratique au personnel et ont un caractère contraignant sur le plan juridique.

### ***Le droit à la santé***

Le droit à la santé est directement lié au droit inhérent de l'enfant à la vie (Convention, Article 6). L'Article 24 de la Convention reconnaît le droit à la santé pour tous les enfants, sans discrimination. Au titre de l'Article 24.1, "Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation...". De même, le **Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR)** reconnaît à chaque être humain le droit de jouir du niveau le plus élevé de santé physique et mentale (Article 12).

L'article 24.2 de la Convention relative aux droits de l'enfant développe davantage les textes de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DHDH, ICESCR et ICCPR), et stipule le droit à l'accès aux services de santé : "Les Etats parties s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services". Cet article présente de façon détaillée la liste des mesures que les Etats parties doivent prendre afin de réaliser pleinement le droit à la santé : cette liste n'est pas exclusive, c'est-à-dire que d'autres mesures peuvent être nécessaires pour la réalisation de ce droit.

**Les Principes directeurs du HCR concernant la protection et l'assistance aux enfants réfugiés** (page 62) stipulent que les enfants réfugiés doivent avoir accès aux services de santé nationaux du pays hôte. Des soins de santé appropriés doivent être disponibles pour tous les enfants réfugiés. **Les Principes**

**directeurs du HCR concernant la protection des femmes réfugiées** affirment que l'accès aux services de santé est important tant pour la santé de la femme que pour celle de la famille. Ils soulignent que l'accès aux services de santé constitue également un moyen de protection important.

### ***Droits en matière de santé sexuelle et génésique***

La santé sexuelle et génésique constitue un élément essentiel du droit à la santé. Selon le Programme de la Conférence internationale sur la population et le développement (ICPD) du Caire, le Programme d'action de 1994 (paragraphe 7.2) et la quatrième Conférence mondiale de Beijing sur les femmes de 1995, la *santé génésique* constitue un état de bien-être physique, mental et social complet et pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité, pour toutes les questions concernant le système reproductif. Par conséquent, la santé génésique suppose que les personnes sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et saine et qu'elles ont la capacité de se reproduire et sont libres de décider de l'opportunité et du moment de le faire, ainsi que du nombre de fois. La *santé sexuelle* est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être sexuel, selon des manières qui enrichissent, rehaussent la personnalité et renforcent la communication et l'amour ; par conséquent, la notion de santé génésique suppose une approche positive de la sexualité humaine.

Le droit à la santé sexuelle et génésique comprend différents éléments :

- **les choix relatifs à la reproduction** : tous les couples et individus ont le droit fondamental de décider librement et de façon responsable du nombre, de l'espacement et de la période de naissance de leurs enfants, ainsi que de disposer des informations et des moyens nécessaires pour le faire ; de jouir du respect de la sécurité de la personne et de l'intégrité physique du corps humain, et les couples et les individus ont le droit de prendre des décisions concernant la reproduction, à l'abri de toute discrimination, coercition et violence (ICPD du Caire, Programme d'action, paragraphe 7.2). Au titre de l'article 34 de la Convention relative aux droits de l'enfant, les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle, en particulier à prévenir l'incitation et la coercition d'un enfant en vue de l'amener à se livrer à toute activité sexuelle illicite ;
- **la planification familiale** : des mesures doivent être prises afin de développer l'éducation et les services de planification familiale (Article 24.2(f) de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 (CEDEF, Article 12.1) ;
- **le mariage** : les hommes et les femmes ont un droit égal au mariage, avec un consentement libre et total, et à fonder une famille, conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme (Article 16.1 de l'DH), à l'Article 16.1 de la CEDEF et à la Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum et l'enregistrement des mariages (Article 1.1). Le mariage en dessous de l'âge minimum est particulièrement interdit (Article 2 de la Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum et l'enregistrement des mariages). Ce droit comprend également la protection spéciale de la famille en tant que cellule de base de la société (Article 23.1 de l'ICCPR) ;

- **la maternité sans risque** : les Etats parties sont tenus d'assurer aux mères, des soins de santé prénatals et postnatals appropriés (Article 24.2(d) de la Convention relative aux droits de l'enfant). Les soins de santé aux mères sont mis en exergue également dans d'autres instruments de droits humains, en particulier l'Article 12.2 de la CEDEF et l'Article 25.2 de l'ICESCR ;
- **la réduction de la mortalité infantile et juvénile** : des mesures appropriées visant à réduire la mortalité infantile et juvénile doivent être prises (Article 24.2 (a) de la Convention relative aux droits de l'enfant et Article 12.2(a) de l'ICESCR. Les Etats parties s'engagent également à mettre un accent particulier sur la prestation de soins de santé primaires et préventifs, notamment les IST et les autres infections (Article 24.2(b) et (f) de la Convention relative aux droits de l'enfant) ;
- **la protection contre le VIH/Sida** : les principes directeurs internationaux concernant le VIH/Sida et les droits humains, adoptés en collaboration avec l'ONUSIDA et le Bureau du Haut commissaire aux droits de l'homme (OHCHR) en 1996, stipulent que les Etats, en collaboration avec la communauté et par le truchement de celle-ci, doivent promouvoir un environnement positif et propice pour les femmes, les enfants et les autres groupes vulnérables en s'attaquant aux préjudices et inégalités sous-jacents, par le truchement du dialogue communautaire, de services sociaux et de santé conçus spécialement à cet effet et du soutien aux groupes communautaires (Principe directeur N°8). Ils stipulent également que les Etats doivent promulguer des lois afin d'assurer la réglementation des informations relatives au VIH, de façon à assurer la disponibilité sur une grande échelle de mesures et de services de prévention de qualité et d'informations adéquates concernant la prévention et les soins du VIH (Principe directeur N°6). Le HCR a défini sa Politique et ses directives en ce qui concerne la protection et l'assistance aux réfugiés et le Sida, par le truchement de l'IOM/FOM/21/20 de 1988 et d'une mise à jour de celle-ci par le canal de la déclaration de politique faite en 1998 (IOM/FOM/78/84) ;
- **la nutrition** : une attention particulière doit être accordée à la nutrition des enfants (Article 24.2 (c) de la Convention relative aux droits de l'enfant), aux femmes pendant la grossesse et la lactation (Article 12.2 de la CEDEF) et à la fillette, compte tenu de la discrimination dont elle est l'objet en ce qui concerne son accès à la nutrition (Plateforme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 1995, paragraphe 93) ;
- **l'éducation** : au titre de l'Article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, l'accès à l'éducation nécessite que les Etats parties assurent des soins de santé préventifs, l'orientation des parents et l'éducation pour la planification familiale. Des niveaux de connaissances insuffisants concernant la sexualité humaine et des informations inadéquates ou de mauvaise qualité concernant la santé génésique peuvent conduire à des grossesses précoces, à des avortements à risque, à des relations sexuelles malsaines et aux IST, en particulier le VIH/Sida. L'éducation pour la santé est également mise en exergue pour la maternité et l'enfance sans risque (Article 24.2(e) de la Convention relative aux droits de l'enfant) : "Les Etats parties s'efforcent de faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène..." ;

- **la protection contre les pratiques traditionnelles néfastes** : les Etats parties doivent prendre toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants (Article 24.3 de la Convention relative aux droits de l'enfant). Au nombre des pratiques qui méritent d'être revues à la lumière de la Convention figurent : toutes les formes de mutilation génitale et de circoncision ; la scarification, le marquage au fer, le marquage, le tatouage et le perçage ; les cérémonies initiatiques néfastes ; les traitements discriminatoires délibérés des enfants, y compris la violence, et/ou préjudiciables à la santé, notamment l'alimentation et/ou les soins préférentiels aux enfants de sexe masculin ou la négligence des enfants handicapés ; les croyances traditionnelles néfastes ; et les mariages précoces et la dot ;

Les autres instruments internationaux, notamment l'Article 5 de la CEDEF, la **Déclaration de Vienne** adoptée en 1993 par la Conférence mondiale sur les droits humains, le **Programme d'action de l'ICPD du Caire** de 1994, la **Déclaration et la Plate-forme d'action de Beijing** de 1995 et la **Politique du HCR relative aux pratiques traditionnelles néfastes** présentées de façon détaillée dans l'IOM/FOM 83/97 en appellent à l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes préjudiciables à la santé de l'enfant ;

- **l'avortement** : les instruments internationaux des droits humains ne se penchent pas de façon explicite sur le droit à l'avortement. Toutefois, le droit à la santé comprend le droit au traitement des complications découlant de l'avortement. Le point de savoir si une femme réfugiée peut subir un avortement en toute légalité dépendra de la législation nationale du pays hôte. L'avortement d'une grossesse résultant d'un viol est légal dans certains pays où l'avortement de toute autre forme de grossesse n'est pas autorisé ;

(Les instruments juridiques ci-dessus concernant la santé sexuelle et génésique sont présentés dans le **Transparent 3.1**)

Le Manuel de terrain inter-agences sur la santé génésique dans les situations de réfugiés repose sur le principe selon lequel "les soins de santé génésique doivent être mis à la disposition des populations dans toutes les situations et prendre en compte les besoins et les demandes exprimés par les réfugiés, en particulier les femmes, en tenant pleinement compte des valeurs religieuses et éthiques et du milieu culturel de ceux-ci, tout en respectant les droits humains internationaux reconnus au plan universel".

### ***Importance des conférences internationales pour les droits des jeunes en matière de santé génésique***

Les droits des jeunes en matière de reproduction demeurent une question controversée. Pour de nombreuses sociétés, la sexualité des adolescents est une question délicate, voire controversée. Néanmoins, les conférences internationales récentes ont accordé davantage d'attention à la question des besoins et préoccupations en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique des jeunes.

Le principal objectif de l'ICPD du Caire de 1994 consistait à mettre l'accent sur les corrélations directes qui existent entre la santé génésique et les droits humains, tout en plaçant les préoccupations des femmes et de la fillette au centre du thème de la conférence. L'année suivante, la quatrième Conférence mondiale sur les

femmes de Beijing de 1995 a demandé l'évaluation des politiques et programmes sous l'angle de la perspective genre et mis en exergue les besoins spéciaux des adolescentes en ce qui concerne l'accès aux services de santé et de nutrition.

Les documents consensuels adoptés au cours de l'ICPD et de la Conférence de Beijing reconnaissent de façon explicite que tout être humain a le droit de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale qui comprend le droit à la santé génésique.

Les deux conférences ont souligné l'importance des responsabilités partagées et de la participation active des hommes à la santé sexuelle et génésique, notamment en ce qui concerne la planification familiale, la maternité, la santé des enfants, la prévention des IST, notamment le VIH, et la prévention des grossesses non désirées/à haut risque (Plate-forme d'action de Beijing, paragraphe 93, ICPD, paragraphes 4.26 et 4.27).

Par ailleurs, le Rapport de l'ICPD (A/CONF.171/13/Add.1) stipule que les jeunes doivent être associés de façon active à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des programmes. Ceci est particulièrement pertinent en ce qui concerne les activités d'information, d'éducation et de communication, ainsi que les services concernant la santé génésique et sexuelle, notamment la prévention des grossesses précoces, l'éducation sexuelle et la prévention du VIH/Sida et des autres IST. Tant l'accès que la confidentialité et le caractère privé de ces services doivent être assurés, avec le soutien et l'orientation des parents, conformément aux dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant. En outre, il est nécessaire de mettre en place des programmes d'éducation en vue de promouvoir les aptitudes de planification de la vie, les modes de vie sains et la dissuasion active de l'abus des substances.

La promotion de la réalisation responsable de ces droits pour toutes les personnes doit constituer la base fondamentale des politiques et programmes qui bénéficient du soutien des pouvoirs publics et des communautés dans le domaine de la santé sexuelle et génésique, notamment la planification familiale. Dans le cadre de leur engagement, ceux-ci doivent accorder toute l'attention nécessaire à la promotion de relations mutuellement respectueuses et équitables entre hommes et femmes et, en particulier, à la satisfaction des besoins d'éducation et de services des adolescents afin de leur permettre d'aborder de façon positive et responsable leur sexualité.

### **COMMENT LES POLITIQUES ET LES PROGRAMMES PEUVENT REpondre DE LA MEILLEURE FAÇON QUI SOIT AUX BESOINS DES ENFANTS ET DES JEUNES EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE DANS LES SITUATIONS DE REFUGIES ET DE PERSONNES DEPLACEES**

Les politiques et programmes qui visent à réduire le mariage et la maternité des adolescents doivent prendre en compte les facteurs sociaux, culturels et économiques sous-jacents qui favorisent ces phénomènes. Tandis que l'accent doit continuer d'être mis sur la prise en compte des conséquences sur la santé de la sexualité et génésique des adolescents et de problèmes tels que l'ignorance concernant la reproduction et la contraception et l'accès aux services, les programmes doivent se pencher davantage sur des variables à plus long terme, notamment :

- l'autonomie physique ;
- la scolarisation ;
- les opportunités de renforcement des aptitudes ;
- le développement de l'amour-propre ;
- l'accès aux revenus et aux autres ressources ;
- le statut social des filles par rapport à leurs pairs de sexe masculin.

Ce n'est que grâce à l'amélioration des opportunités et au développement d'aptitudes sociales et commercialisables que les jeunes femmes seront en mesure de mettre pleinement à profit leurs potentialités dans une gamme de rôles. Les indices et suggestions suivants pour l'action peuvent être pris en compte en ce qui concerne le plaidoyer et l'élaboration des programmes.

### **Promouvoir le soutien de la famille et de la communauté pour le mariage et la maternité retardés**

- Les campagnes à travers les mass media et les autres efforts qui mettent l'accent sur l'importance de l'investissement dans l'éducation et la santé des filles doivent être renforcés. Ces efforts doivent cibler des questions telles que le mariage et la maternité précoces, ainsi que les lourdes charges domestiques qui limitent les opportunités qui s'offrent aux jeunes filles.
- Les pouvoirs publics peuvent envisager d'apporter leur soutien et/ou des stimulants aux familles et aux communautés afin d'accomplir des progrès en vue de réaliser ces objectifs.

### **Améliorer l'accès des filles à une éducation et une formation de meilleure qualité**

- Il est nécessaire de développer et adapter les opportunités d'éducation et de formation pour les jeunes femmes afin de tenir compte de leurs besoins physiques et sociaux. Ces initiatives doivent être adaptées aux communautés qu'elles sont censées servir et peuvent nécessiter la création de classes séparées (mais égales) pour les garçons et les filles, la conception de solutions de rechange en matière d'éducation pour les filles enceintes et les mères adolescentes et l'élaboration de programmes sensibles aux questions d'appartenance sexuelle.

### **Accroître les opportunités de générer des revenus pour les adolescentes et les femmes**

- L'accroissement des opportunités de génération de revenus pour les adolescentes et les femmes permet de renforcer leur capacité à satisfaire leurs propres besoins, ainsi que ceux de leurs familles, et de les habiliter afin qu'elles apportent une contribution plus égale à la prise de décision au niveau du ménage, de la communauté, voire de la nation.

Une étude effectuée dans le secteur de l'industrie de la confection de vêtements au Bangladesh montre que la création d'opportunités pour les jeunes femmes leur permettant de travailler pour gagner des revenus en dehors du foyer peut être à l'origine d'un changement social considérable. En 1996, près d'un million de femmes travaillaient dans ce secteur ; 70 % d'entre elles étaient âgées de 15 à 19 ans. Les résultats de l'étude montrent que les femmes qui travaillent dans ce secteur se marient plus tard par rapport aux femmes de la même classe sociales qui ne travaillent pas et que de nombreuses femmes qui travaillent parviennent à économiser beaucoup d'argent avant de se marier.

### **Permettre aux adolescents d'assumer des responsabilités et de protéger leur santé sexuelle et génésique**

Les obstacles d'ordre politique, juridique, réglementaire, culturel et socioéconomique qui empêchent les jeunes d'accéder à l'information et aux services de santé sexuelle et génésique doivent être éliminés. L'expérience montre que l'éducation sexuelle ou l'éducation pour la vie de famille, se traduit par des taux d'abstinence plus élevés, l'initiation tardive à l'activité sexuelle, une plus grande utilisation de la contraception et moins de partenaires sexuels. Les gouvernements doivent adopter des stratégies nationales afin de veiller à ce que toutes les personnes soient correctement informées au sujet de la sexualité et de la santé génésique.

- Tous les jeunes – mariés et non mariés – doivent avoir accès à des conseils et des services de santé génésique sensibles, respectueux et confidentiels. Ces services doivent mettre l'accent sur la prévention des grossesses non désirées, des avortements à risque et des IST. Les programmes doivent également contribuer à aider les jeunes à acquérir les aptitudes psychosociales nécessaires leur permettant de prendre des décisions éclairées en ce qui concerne leur sexualité et de négocier l'abstinence ou les rapports sexuels protégés. La recherche et la planification des programmes doivent mettre l'accent sur les rôles et responsabilités des hommes en ce qui concerne la prévention des grossesses précoces et non désirées.
- Des services doivent être conçus, en particulier, pour satisfaire les besoins des jeunes, qui pourraient varier selon l'âge, le sexe, la situation de famille, le niveau de l'activité sexuelle, la religion, l'ethnie, la culture, le niveau d'instruction, la situation géographique, la situation socio-économique et la vulnérabilité à la coercition ou aux sévices sexuels.
- Afin d'identifier et de surmonter les obstacles à l'utilisation des services par les jeunes et les mesures appropriées en vue de rendre les services plus "amis des jeunes", les jeunes doivent être associés à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des programmes de santé.

**MATERIELS DE FORMATION POUR LE THEME 3**

Transparent 3.1 : Points clés à retenir pour le Thème 3	Points clés à retenir pour le Thème 3
Transparent 3.2 : Actions importantes visant à améliorer les droits en matière de santé génésique	Trois stratégies clés pour améliorer les droits en matière de santé génésique
Exercice 3.1 : Droits connexes en matière de santé génésique et leur efficacité	Exercice qui offre l'occasion de mieux comprendre les instruments juridiques pertinents
Exercice 3.2 : Elaboration de politiques et de programmes permettant de réduire le nombre des maternités et des mariages des adolescents	Exercice qui constitue un forum pour la réflexion sur les voies et moyens d'améliorer les politiques et les programmes
Document d'appui 3.1 : Résumé des droits en matière de santé génésique	Un résumé des principaux instruments juridiques relatifs à la santé génésique

## Santé sexuelle et génésique

---



### Thème 4 :

## Promotion d'une santé sexuelle et génésique efficace et prévention

---

### POINTS CLES A RETENIR

- ***Les programmes de santé sexuelle et génésique nécessitent une approche multisectorielle pour être efficaces.***
- ***La coordination de ces activités tant entre les différentes agences d'exécution qu'au sein de celles-ci est essentielle.***
- ***L'information, l'éducation et la communication (programmes d'IEC) peuvent fournir des informations et des conseils utiles et appropriés, assurer le plaidoyer, ainsi que le développement de la participation communautaire et l'engagement des individus à l'égard du changement.***
- ***Les programmes d'IEC réussis présentent souvent des caractéristiques similaires (voir ci-dessous).***
- ***Il existe un certain nombre de principes importants dont il faut tenir compte lorsqu'on travaille avec les jeunes.***

### APPROCHE MULTISECTORIELLE

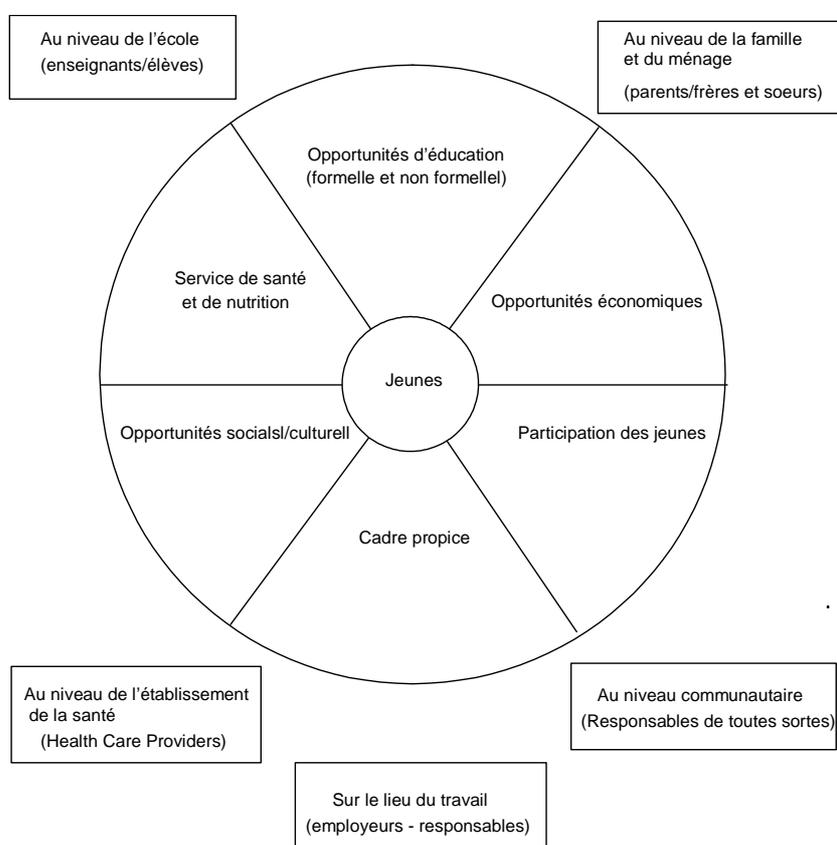
Il existe un certain nombre de questions clés à prendre en compte lorsque l'on met en place ou améliore des programmes de santé sexuelle et génésique pour les jeunes. Tout d'abord, les problèmes concernant cette question touchent à de nombreux secteurs. La santé sexuelle et génésique des jeunes influe sur la manière dont ils ont accès aux services et aux opportunités qui pourraient être mis à leur disposition et vice versa. Leur accès aux opportunités d'éducation, aux services de santé et de nutrition, aux opportunités de gagner leur vie, aux opportunités sociales et culturelles et aux services de protection auront une incidence sur leur santé sexuelle et génésique. Une jeune femme réfugiée qui est constamment contrainte d'avoir des rapports sexuels avec un membre de la famille plus âgé, par exemple, ne sera probablement pas en mesure d'avoir accès à l'un de ces services. De même, tous les secteurs impliqués dans un domaine donné doivent intégrer dans leurs programmes des stratégies tendant à cibler et à prendre en compte les jeunes qui sont les plus susceptibles d'être exposés au risque.

Différents types de coordination sont nécessaires : entre les secteurs (santé, services communautaires, protection), entre les agences d'exécution (gouvernement, ONG, agences des Nations Unies) et entre les niveaux de prestation de services (médecins, sages-femmes, accoucheuses traditionnelles,

auxiliaires de santé). Dans une situation de réfugiés, il est recommandé qu'**un seul individu soit identifié** afin d'assurer l'organisation et la supervision générales des activités de santé sexuelle et génésique.

La coordination entre les agences d'exécution exige que, bien que chacune d'elles dispose de ses propres expertise et personnel qualifié, l'approche soit normalisée au niveau de toutes celles qui sont concernées. Bien que chaque agence ne puisse pas fournir une gamme complète de services, la coordination entre elles doit veiller à ce que la prestation finale des services soit complémentaire et complète.

Le diagramme suivant a été préparé par le HCR. Il propose un cadre stratégique entre les secteurs qui travaillent avec les jeunes afin de leur permettre de mener une vie productive et une vie sexuelle et reproductive sûre.



Cadre stratégique pour l'habilitation des jeunes réfugiés afin de leur permettre de mener une vie productive et une vie sexuelle et génésique sûre

Le Quoi et le Où/Qui

Le présent diagramme est également présenté sous forme de **Transparent 4.2**.

Les participants au cours de l'ARC sur le présent thème, pourraient être encouragés à étudier la manière dont, dans leur propre secteur, ils pourraient

améliorer ces services afin de satisfaire les besoins des jeunes de façon plus efficace.

## **INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION (IEC)**

L'ignorance, le manque de compréhension de la sexualité humaine et le caractère inapproprié ou insuffisant des informations ou leur inaccessibilité sont des facteurs qui contribuent à rendre les jeunes plus vulnérables au risque de porter préjudice à leur santé et à hypothéquer leurs chances dans la vie, suite à l'adoption d'un comportement sexuel à risque.

Les jeunes, ainsi que les femmes et les hommes plus mûrs, doivent comprendre la manière dont leur corps fonctionne et les voies et moyens de se maintenir en bonne santé au plan génésique. Les connaissances confirmées au plan scientifique, qui sont claires et présentées de façon appropriée, doivent être partagées afin de promouvoir l'accès à un choix libre et éclairé et lutter contre les conséquences des pratiques néfastes.

"Au nombre des problèmes que nous avons identifiés ensemble figurent la trop grande importance accordée aux aspects biomédicaux de l'épidémie (VIH/Sida), ce qui a amené de nombreux jeunes à penser que le VIH/Sida est une bataille entre les globules blancs du sang et un envahisseur hérissé de pointes, plutôt que d'être quelque chose de pertinent pour leur vie quotidienne". (Winskell Kate, (1999), Scenarios from the Sahel Replication Guide. New York, UNDP).

Les activités d'IEC constituent un moyen essentiel de partager ces connaissances. Ces activités vont des conversations "individuelles" entre prestataires de services et réfugiés aux campagnes officielles de grande envergure.

Il existe également des stratégies d'IEC efficaces pour la promotion de la participation communautaire et de l'engagement individuel à apporter des changements dans les milieux où les jeunes ont été déplacés par la force ; ce qui, à son tour, peut également conduire à la mise au point et au changement des services dont la prestation est assurée.

## **CARACTERISTIQUES D'UN PROGRAMME D'IEC REUSSI**

Une étude récente de l'ONUSIDA est arrivée à la conclusion que les programmes efficaces de prévention du VIH/Sida concernant les jeunes présentent un certain nombre de caractéristiques communes :

- ils ont pour objectifs spécifiques à la fois le retard du premier rapport sexuel et les rapports sexuels protégés ;
- ils encouragent l'acquisition d'aptitudes psychosociales (et les mêmes aptitudes qui renforcent également la confiance en soi et évitent les grossesses non désirées, les sévices sexuels et l'abus des substances) ;
- ils traitent de façon claire des conséquences des rapports sexuels non protégés et des voies et moyens de les éviter ; ils aident les jeunes à "personnaliser" le risque par les jeux de rôle ;
- ils renforcent les valeurs de groupe face aux comportements à risque tant à l'école qu'au sein de la communauté.

Ces caractéristiques sont, de toute évidence, pertinentes pour tous les domaines de la santé sexuelle et génésique.

L'ONUSIDA dresse également la liste des aptitudes psychosociales importantes suivantes pour les jeunes en ce qui concerne le VIH/Sida (dont la plupart sont pertinentes pour tous les domaines de la santé sexuelle et génésique) :

- comment prendre et défendre de bonnes décisions concernant les relations et les rapports sexuels ;
- comment faire face aux pressions concernant les rapports sexuels non désirés ou les stupéfiants ;
- comment reconnaître une situation potentiellement risquée ou dangereuse ;
- comment et où demander de l'aide ou du soutien ;
- quand on est prêt à avoir des rapports sexuels, comment négocier les rapports sexuels protégés ou les autres formes de rapports sexuels sûrs ;
- comment faire preuve de compassion ou de solidarité à l'égard des personnes qui ont le VIH/Sida ;
- comment prendre soin des personnes qui ont le Sida au sein de la famille ou de la communauté.

Des informations plus détaillées concernant la mise en place de programmes d'IEC sont présentées dans le **Document d'appui 4.1** et les détails concernant les messages spécifiques visant à prendre en compte les différents problèmes de santé sexuelle et génésique figurent dans le **Thème 5**.

## **PRINCIPES RELATIFS AU TRAVAIL AVEC LES JEUNES**

Lorsque l'on travaille avec les jeunes, à quelque titre que ce soit, un certain nombre de principes doivent être pris en considération. En ce qui concerne la mise en place des programmes de santé sexuelle et génésique, ils sont particulièrement pertinents.

- La participation de la communauté à toutes les étapes est importante afin d'assurer l'acceptabilité, l'adéquation et la durabilité des projets de santé sexuelle et génésique et constitue une stratégie concrète pour l'habilitation des jeunes réfugiés et déplacés afin de leur permettre de mieux contrôler leur propre vie et les services qui leur sont fournis. Ceci suppose la participation et le soutien actifs des parents, des enseignants, des chefs religieux et communautaires, des prestataires de soins de santé, ainsi que des jeunes eux-mêmes.
- Le **Document d'appui 4.4** fournit de plus amples informations sur l'importance de la participation communautaire.
- Par ailleurs, les jeunes doivent participer à la conception, l'exécution et l'évaluation proprement dites des programmes de santé sexuelle et génésique. Ils sont mieux placés pour comprendre les problèmes et les craintes qu'eux-mêmes et leurs pairs ont, et pour identifier les stratégies réussies permettant de résoudre ces problèmes.
- Les programmes doivent identifier et encourager également le leadership et la communication de pairs. D'une manière générale, ceux-ci sont considérés

comme des sources d'informations plus dignes de foi que les adultes : pour un jeune "la sévérité, le lavage de cerveau et la moralisation" n'empêcheront jamais les jeunes d'avoir une activité sexuelle.

- L'**Exercice 4.3** fournit des informations plus détaillées et un diagramme qui indique la manière dont les pairs peuvent travailler en tant qu'éducateurs.
- L'établissement de liens entre la santé, la protection et les services communautaires est nécessaire non seulement pour la prévention des problèmes (voir ci-dessus), mais également afin de veiller à ce que les jeunes reçoivent un traitement adéquat pour les problèmes qui pourraient surgir, par le truchement d'un service unique, mais qui nécessitent une assistance supplémentaire de la part d'un autre (par exemple, la violence sexuelle, les avortements à risque, etc.).
- Les jeunes ont un besoin impérieux de vie privée. En général, ce sont les problèmes qui les amènent à entrer en contact avec les prestataires de services et il s'agit souvent de problèmes de nature à susciter en eux la honte, l'embarras ou la confusion. Bien qu'il puisse exister peu d'espace dans un camp, il est important pour les prestataires de services d'essayer de créer le maximum d'espace privé possible où on peut s'entretenir avec les jeunes.
- Les prestataires de services doivent assurer la confidentialité dans leurs relations de travail avec les jeunes et être honnêtes et ouverts avec eux lorsqu'il s'avère nécessaire de rompre cette confidentialité.
- Dans de nombreuses cultures, le sexe du prestataire de services est important et la préférence doit être accordée à un prestataire de services du même sexe.

## **LIENS AVEC LA PRESTATION DE SERVICES ET LE SUIVI**

Pour qu'un programme d'IEC, de quelque nature que ce soit, soit efficace, il doit exister un lien clair et cohérent avec les services dont la prestation est assurée. Les jeunes peuvent être en mesure d'agir sur la base des conseils qui sont contenus dans les messages et matériels d'IEC. Il serait inutile, par exemple, pour tous les jeunes d'être encouragés à utiliser des préservatifs pour qu'ils s'aperçoivent que les autres prestataires de services ne sont pas favorables à la fourniture des préservatifs aux jeunes filles âgées de moins de quinze ans ou qu'il existe une pénurie de préservatifs.

"Santé génésique dans les situations de réfugiés : Un manuel de terrain inter-institutions" (1999. Genève, UNHCR) est une lecture recommandée pour toute activité concernant ces questions. En particulier, le Chapitre 2 "Paquet de services initial minimum" décrit une série d'activités qui doivent être exécutées de façon coordonnée pendant la première phase d'une situation de réfugiés (qui pourrait être une situation d'urgence ou non). Ce chapitre figure à la fin du présent Dossier de ressources sous forme de **Lecture 4.1**.

## **MATERIELS DE FORMATION POUR LE THEME 4**

Transparent 4.1 : Points clés à retenir pour le Thème 4	Sommaire des points clés à retenir
Transparent 4.2 : Cadre stratégique visant à permettre aux jeunes de mener une vie productive et une vie sexuelle et génésique sûre	Cadre stratégique visant à permettre aux jeunes de mener une vie productive et une vie sexuelle et génésique sûre.
Exercice 4.1 : Promotion des droits en matière de santé génésique des jeunes réfugiés et déplacés	Exercice visant à approfondir la réflexion sur l'élaboration de programmes pertinents
Exercice 4.2 : Importance de la participation communautaire	Exercice qui met en exergue l'importance de la participation communautaire et offre une opportunité d'étudier les personnes à associer
Exercice 4.3 : Travailler avec les groupes de pairs	Exercice qui développe la compréhension des différentes manières dont les participants peuvent travailler avec les groupes de pairs
Exercice 4.4 : Soyons créatifs !	Une opportunité de développer les messages clés d'une manière sensible sur le plan culturel
Document d'appui 4.1 : Mise en place des programmes d'information et de communication	Principes directeurs relatifs à la mise en place de programmes d'information et de communication
Document d'appui 4.2 : Importance de la participation communautaire	Orientations concernant la mise à profit positif de la participation des leaders d'opinions
Lecture 4.1 : Paquet de services minimum initial	Santé génésique dans les situations de réfugiés : Manuel de terrain inter- agences
Lecture 4.2 : Programme de santé génésique du Comité de secours international	Extrait de "Comment orienter : Santé génésique dans les situations de réfugiés", IRC N'Zerekore, Guinée, février 1998

## Santé sexuelle et génésique

---



### Thème 5 :

### Problèmes spécifiques et messages à l'intention des jeunes

---

**Les POINTS CLES A RETENIR pour ce thème sont traités dans chaque sous-section.**

Outre les messages généraux liés à la promotion d'une bonne santé sexuelle et génésique, il existe des messages de santé spécifiques importants concernant les problèmes de santé sexuelle particuliers qui doivent être communiqués aux jeunes.

Le présent thème donne des informations et véhicule des messages suggérés à l'intention des jeunes concernant quelques-uns des problèmes clés de santé sexuelle et génésique auxquels ils pourraient être confrontés. Ils sont abordés dans les sous-sections ci-après. Les points clés à retenir pour chacun d'entre eux sont également présentés dans ces sous-sections :

5.1 : Infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/Sida

5.2 : Grossesses précoces/non planifiées

5.3 : Avortements à risque

5.4 : Mutilation génitale féminine (MGF)

5.5 : Abus des substances

5.6 : Nutrition

Bien que la violence sexuelle et la violence fondée sur l'appartenance sexuelle ne soient pas abordées dans le présent Thème, elle constitue l'un des principaux problèmes de santé génésique pour les jeunes. Elle est abordée de façon circonstanciée dans le Dossier de ressources de l'ARC relatif à l'**Exploitation et aux sévices**.

#### **5.1 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES, NOTAMMENT LE VIH/SIDA**

##### **Points clés à retenir**

- ***D'une manière générale, les jeunes manquent de connaissances concernant la sexualité et certaines des conséquences négatives des rapports sexuels.***
- ***Les adolescentes sont davantage exposées au risque de contracter les IST, notamment le VIH, par rapport aux femmes plus âgées.***

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont des maladies susceptibles d'être transmises d'une personne à une autre par le contact sexuel. Les IST

peuvent provoquer des douleurs et certaines entraînent la stérilité et le décès si elles ne sont pas traitées. Quelques IST curables répandues sont la gonorrhée, la trichomoniose, l'infection à chlamydiae, et la syphilis.

Par Sida, on entend le Syndrome de l'immunodéficience humaine acquise. Le Sida est provoqué par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le VIH peut être transmis par le contact sexuel, par le sang (par le truchement de pratiques peu sûres telles que l'utilisation de seringues souillées, de sang non testé utilisé pour les transfusions sanguines, etc.) et d'une femme enceinte à son enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou, parfois, par l'allaitement au sein. De nos jours, il n'existe aucun traitement sûr pour le Sida. Cependant, les traitements existants permettent d'améliorer la qualité et la durée de la vie des personnes vivant avec le VIH/Sida et de nombreuses activités de recherche sont en cours en vue de mettre au point de nouveaux traitements, y compris les antirétroviraux.

Le HCR a défini sa Politique et ses Directives en ce qui concerne la protection et l'assistance aux réfugiés et le Sida, par le truchement de l'IOM/FOM/21/20 de 1988 et d'une version mise à jour par le truchement de la déclaration de politique faite en 1998 (IOM/FOM/78/84). De même, l'IOM/FOM/47/48 de 1999 fournit des informations sur les Kits de traitement préventif après l'exposition.

Chaque année, on enregistre quelque 333 millions de nouveaux cas d'IST curables. Les IST sont plus répandues que le paludisme dans de nombreuses régions du monde. Chaque jour, plus de 8 500 enfants sont infectés par le VIH. Rien qu'en 1998, plus de 3 millions d'enfants et de jeunes ont été infectés (source : HIV Development Programme, UNDP).

En général, les jeunes manquent de connaissances concernant les IST et leur prévention. Ils sont confrontés à des obstacles importants en ce qui concerne les services de santé sexuelle et génésique auxquels ils peuvent ne pas avoir accès ou dont ils ignorent l'existence. Ceci comprend la prestation – ou le manque de prestation – des services de contraception et des conseils sur la contraception qui pourraient les aider à réduire leur exposition aux IST et aux grossesses non planifiées. Il peut également exister un manque de prestataires de soins de santé qualifiés qui comprennent les problèmes des jeunes en particulier.

Les jeunes peuvent manquer également d'aptitudes pour négocier le refus des rapports sexuels ou pour avoir des rapports sexuels sûrs. Lorsque le partenaire sexuel d'une adolescente est plus âgé, ce qui est souvent le cas, il peut exister un déséquilibre encore plus important de pouvoir dans la relation, qui réduit davantage sa capacité à négocier une activité sexuelle sûre.

Les adolescentes sont physiologiquement plus exposées au risque des IST que les femmes plus âgées. Le col de l'utérus et le vagin d'une adolescente sont différents de ceux d'une femme plus âgée et la rendent plus vulnérable à la contraction des IST lorsqu'elle est exposée au risque. La probabilité accrue de déchirement du vagin pendant les rapports sexuels accroît davantage ce risque. De nombreuses adolescentes ne reconnaissent pas les symptômes d'une IST ou ignorent où rechercher le traitement. Par ailleurs, de nombreuses IST chez les femmes sont asymptomatiques, ce qui fait qu'il leur est difficile de savoir quand elles peuvent avoir une IST.

Si elles ne sont pas traitées, les IST peuvent entraîner la pelvipéritonite, les grossesses extra-utérines (grossesse anormale ou mal placée) et la stérilité, et

lorsqu'elles interviennent pendant la grossesse, elles peuvent entraîner des problèmes de santé tant pour l'enfant que pour la mère.

De plus amples informations sur le VIH/Sida figurent dans le **Document d'appui 5.1**

### **Messages clés à l'intention des jeunes concernant les infections sexuellement transmissibles**

- Le comportement sexuel est une question personnelle. Il peut être difficile de convaincre les personnes à risque de se manifester.
- Les interventions de prévention des IST doivent être durables afin d'avoir des résultats positifs.
- Parler de sexe peut être gênant et constituer un tabou dans de nombreuses sociétés. Il est important de comprendre les interprétations culturelles et d'œuvrer de concert avec les responsables communautaires, la famille et les jeunes afin d'élaborer les approches appropriées.
- Les conseils relatifs à la lutte et à la prévention des IST chez les jeunes doivent comprendre la référence pour le traitement.
- L'éducation sur la prévention des IST et du VIH/Sida doit intégrer les dangers liés à un comportement à haut risque et la sensibilisation sur les comportements à faible risque (rapports sexuels sans pénétration, utilisation des préservatifs, éviter l'abus des drogues).
- Si une personne a une IST, les deux partenaires doivent rechercher le traitement et l'achever.
- Les messages relatifs à la prévention des IST doivent prendre en compte le fait que les jeunes peuvent se remettre en cause eux-mêmes, ainsi que leur orientation sexuelle, et ceci doit être abordé de façon amicale, sans susciter un sentiment de culpabilité.

La **Lecture 5.1** fournit un extrait tiré d'un document de l'ONUSIDA intitulé "Learning and Teaching about AIDS at School" (Apprendre au sujet du Sida et l'enseigner à l'école), UNAIDS Technical Update, October 1997.

### **5.2 GROSSESSES PRECOCES OU NON PLANIFIEES**

#### **Points clés à retenir**

- ***Le niveau d'instruction influe considérablement sur la maternité des adolescentes.***
- ***Les grossesses précoces comportent des risques importants pour la santé.***
- ***La maternité précoce comporte des risques sociaux et économiques importants.***

Dans les sociétés traditionnelles, les adolescentes sont souvent soumises aux normes culturelles qui établissent un lien entre le mariage et la maternité, d'une part, et le statut et la valeur de la femme, d'autre part. Même les mariés les plus jeunes sont soumis à de fortes pressions en vue de démontrer leur fécondité, peu après le mariage, en mettant au monde un enfant. Dans d'autres situations, les

traditions culturelles encouragent les jeunes à prouver leur fécondité avant le mariage.

Dans certaines situations de réfugiés et de rapatriés, la terre/espace vital est allouée en fonction de la taille de la famille. Cette situation peut amener les adolescentes à être précipitées dans la maternité et/ou le mariage précoces afin d'obtenir un espace vital plus grand ou de compenser les pertes que la famille a subies en raison d'un conflit ou d'une guerre.

### **Risques de l'activité sexuelle et de la maternité des adolescentes pour la santé**

Même lorsque les adolescentes sont suffisamment mûres pour avoir des rapports sexuels, leurs jeunes corps ne sont pas nécessairement suffisamment développés pour porter une grossesse en toute sécurité, pendant neuf mois, jusqu'à la naissance de l'enfant. Tant la mère que l'enfant sont exposés à un risque plus grand par rapport à la situation où la grossesse est retardée de quelques années.

Les enfants nés de mères adolescentes sont souvent exposés à des risques accrus de décès pendant les cinq premières années de la vie.

### **Risques sociaux et économiques de la maternité précoce**

Tandis que les conséquences pour la santé de la maternité des adolescentes dans les pays en développement sont relativement bien connues, il existe beaucoup moins d'informations sur les conséquences économiques et sociales. En dépit du manque de données, les principes suivants sont généralement acceptés :

- **Les grossesses précoces/non planifiées et la maternité précoce limitent les opportunités d'éducation et les résultats scolaires.**

Les adolescentes sont souvent expulsées de l'école lorsqu'elles tombent enceintes et peu d'entre elles y retournent. Une étude nationale au Botswana a montré qu'une fille sur sept qui abandonnent l'école le font à cause d'une grossesse et qu'une fille enceinte sur cinq qui abandonnent l'école y retourne. Au Kenya, 10 000 filles abandonnent l'école chaque année pour cause de grossesse.

- **Une grossesse précoce compromet la capacité de la femme à se prendre en charge elle-même, ainsi que ses enfants, sur le plan financier.**

La responsabilité des soins à prodiguer à un jeune enfant, ainsi que le manque d'éducation, peuvent limiter l'accès d'une femme aux opportunités de génération de revenus.

- **Les opportunités qui s'offrent à une jeune femme sont sérieusement compromises lorsqu'elle devient mère et la qualité de sa vie peut s'en trouver hypothéquée.**

L'accès limité à l'éducation et aux opportunités de génération de revenus, associé aux normes sociales traditionnelles, contribue à perpétuer la dévalorisation des filles et des femmes. La capacité d'une jeune femme à négocier et à sauvegarder ses propres besoins et ceux de son enfant, tant au sein d'une relation qu'au sein de la société, d'une manière générale, peut être compromise.

- **Dans certaines situations, les stigmates liés au fait d'être un parent célibataire peuvent entraîner le rejet par la famille et/ou la communauté.**

(Cette information est présentée sous forme de **Transparent 5.2**).

**Les informations et les aptitudes clés pour les jeunes concernant les grossesses précoces/non planifiées comprennent les points ci-après :**

- la compréhension des conséquences des grossesses précoces et non planifiées ;
- la prise de décision, la communication, les aptitudes de négociation nécessaires pour résister aux pressions visant à avoir des rapports sexuels ;
- l'information sur les voies et moyens d'avoir accès à la prévention des IST/VIH ;
- l'information sur les services de santé et sociaux disponibles ;
- l'importance de la recherche des services de consultation prénatale pendant la grossesse.

### **5.3 AVORTEMENTS A RISQUE**

#### **Point clé à retenir**

- ***De nombreuses raisons expliquent le recours des adolescentes à l'avortement.***

Un avortement à risque est un avortement qui n'a pas été effectué dans un cadre sûr par un professionnel de la santé. Les avortements à risque comprennent la prise de poisons ou d'autres substances potentiellement nocives ou l'introduction de brindilles ou d'objets tranchants dans l'utérus. Les décès dus aux complications liées aux avortements à risque représentent un pourcentage élevé de tous les décès maternels, bien que des chiffres précis ne soient pas toujours disponibles.

Les adolescentes sont souvent victimes du viol dont l'une des graves conséquences est la grossesse non désirée. Lorsque de nombreuses femmes et filles obtiennent peu de soutien et ont peu de choix pour faire face à ce problème, nombre d'entre elles recourent à des pratiques d'avortement à risque. Tel qu'indiqué au début du présent thème, la violence sexuelle et la violence fondée sur l'appartenance sexuelle, notamment le viol, constituent certains des principaux problèmes de santé sexuelle et génésique auxquels sont confrontés les jeunes et elles sont abordées dans le **Dossier de ressources de l'ARC relatif à l'Exploitation et aux sévices**.

Souvent, les jeunes invoquent les raisons suivantes pour expliquer leur recours à l'avortement :

- la fille est déterminée à éviter de couvrir sa famille de honte. Dans de nombreuses communautés, la grossesse avant le mariage est accueillie avec mépris et considérée comme une preuve de mauvaise éducation par les parents, un jugement que de nombreux mères et pères ne peuvent accepter ;
- la fille peut être victime de viol ou d'inceste et ne veut pas prolonger sa peine en menant la grossesse à terme ;

- la fille a été abandonnée par son petit ami qui lui avait promis au préalable le mariage dès que sa fécondité serait établie ;
- lorsque la fille va à l'école, elle souhaite poursuivre ses études et a recours à l'avortement par peur d'être exclue si la grossesse était découverte.

### **Informations clés relatives à la prévention**

- créer un cadre sûr et qui offre le soutien nécessaire ;
- conseiller de rechercher de l'aide auprès d'un établissement de santé ;
- décourager l'abus des substances (par exemple, les stupéfiants, l'alcool) car celles-ci conduisent souvent à un comportement à risque ;
- donner aux jeunes des messages appropriés sur la santé sexuelle et génésique ;
- associer les communautés (y compris les jeunes) aux discussions concernant les problèmes liés aux grossesses non désirées et à l'avortement et ses conséquences ;
- associer la communauté à la prévention des grossesses non désirées et de l'avortement et aider les jeunes à faire face aux situations lorsqu'elles surgissent.

## **5.4 MUTILATION GENITALE FEMININE**

### **Points clés à retenir**

- ***Les réfugiés pour lesquels la mutilation génitale féminine était une coutume dans le pays d'origine ont tendance à perpétuer la pratique en exil.***
- ***La pratique de la mutilation génitale féminine comporte des risques extrêmes ; les conséquences pourraient persister tout au long de la vie de la femme.***
- ***Il est essentiel de comprendre les causes de la pratique de la mutilation génitale féminine avant d'entreprendre des campagnes d'information à ce sujet.***

Les programmes de santé sexuelle et génésique doivent comprendre des stratégies visant à dissuader la mutilation génitale féminine, mettre l'accent sur le lien qui existe entre cette pratique et la mauvaise santé sexuelle et génésique et la santé générale des femmes et des filles. Il est essentiel de comprendre les causes de la pratique avant d'entreprendre des campagnes d'information. Les efforts déployés par les agents de santé en vue d'éliminer la mutilation génitale féminine peuvent être considérablement renforcés par l'obtention du soutien des responsables communautaires pour son élimination.

Une orientation détaillée sur les Pratiques traditionnelles néfastes figure dans l'IOM/FOM 83/97 du HCR intitulé "Politique du HCR concernant les pratiques traditionnelles néfastes". Non seulement elle présente la politique du HCR en ce qui concerne les pratiques traditionnelles néfastes, mais elle formule également des suggestions pour leur éradication. Ce document doit être lu parallèlement aux politiques et principes directeurs existants du HCR concernant les enfants et les femmes réfugiés.

Le **Document d'appui 5.2** relatif aux Définitions et à la classification des mutilations génitales féminines fournit des définitions, des classifications et des descriptions de la mutilation génitale féminine établies par l'OMS : "Mutilation génitale féminine", kit d'informations, 1994. Le **Transparent 5.3** résume les définitions et classifications.

### **Prévention et réponse dans les milieux de réfugiés**

Les éléments d'une stratégie recommandée par l'OMS comprennent les points ci-après :

- l'établissement de contacts avec les représentants gouvernementaux, les professionnels et les ONG dans le pays hôte qui s'emploient à décourager la mutilation génitale féminine ;
- l'intégration de l'information et de l'éducation sur les conséquences néfastes de la mutilation génitale féminine, en particulier, dans les programmes en faveur des femmes et des enfants, notamment la planification familiale, la vaccination et la lutte contre les maladies diarrhéiques ;
- la participation des hommes, de façon que lorsque les attitudes des femmes commencent à changer, elles bénéficient du soutien nécessaire auprès de leurs frères, pères, amis et partenaires ;
- le ciblage des jeunes qui sont souvent à l'avant-garde de l'établissement des nouvelles normes sociales ;
- l'identification de sources de revenus de rechange pour les praticiennes de la mutilation génitale féminine pour lesquelles elle constitue un moyen de subsistance, y compris la promotion de rites de puberté de rechange (par exemple, offrir des cadeaux) qui assurent la promotion des valeurs traditionnelles.

## **5.5 ABUS DES SUBSTANCES**

### **Point clé à retenir**

- ***Lorsque les gens abusent de substances telles que l'alcool et les stupéfiants, ils perdent le contrôle de leur comportement. Ils ne sont plus en mesure de prendre des décisions sensées et éclairées.***

La question de l'abus des substances doit être prise en compte dans les programmes qui portent sur la santé sexuelle et génésique, dans la mesure où elle est, de toute évidence, liée à la capacité de la jeune personne à prendre des décisions éclairées concernant son comportement. L'abus des substances constitue un facteur important souvent lié aux grossesses non désirées/non planifiées et à leurs corollaires. La question de l'abus des substances est abordée brièvement dans le **Thème 6 du Dossier de ressources de l'ARC relatif à l'Éducation**. Des lectures supplémentaires sont suggérées à la fin du présent dossier de ressources.

## 5.6 NUTRITION

### Point clé à retenir

- ***Il est particulièrement important que les adolescentes soient suffisamment bien nourries.***

Tous les jeunes doivent bénéficier d'une bonne nutrition. Pour les jeunes, lorsqu'ils se développent et grandissent rapidement, une bonne nutrition est particulièrement importante. Par ailleurs, pour les adolescentes, c'est pendant cette période que leurs os croissent et se constituent. Les filles mal nourries peuvent avoir un bassin très étroit, rendant l'accouchement difficile ou dangereux pour elles ou pour leurs enfants.

Les adolescentes qui sont enceintes ou qui allaitent ont besoin de bien manger.

Des informations appropriées concernant la nutrition, l'exercice et le repos doivent être intégrées dans tout programme de santé sexuelle et génésique.

## MATERIELS DE FORMATION POUR LE THEME 5

Transparent 5.1 : Points clés à retenir pour le Thème 5	Points clés à retenir pour le Thème 5
Transparent 5.2 : Risques sociaux et économiques de la maternité précoce	Quatre principaux risques liés à la maternité précoce
Transparent 5.3 : Définitions et classification des mutilations génitales féminines	Classification des principaux types de MGF par l'OMS
Exercice 5.1 : Etude de cas – Avortements à risque	Exercice qui favorise la discussion sur les questions relatives aux pratiques d'avortement à risque
Exercice 5.2 : IST/VIH/Sida : Caractéristiques d'un programme d'éducation réussi	Exercice qui fournit des informations clés et suscite la discussion sur les questions d'éducation
Exercice 5.3 : Grossesses précoces/non planifiées ; travaux de groupe	Développe la compréhension des risques liés aux grossesses précoces et se penche sur les principales informations de prévention
Document d'appui 5.1 : Qu'est-ce que le VIH et le Sida ?	Fournit quelques informations de base sur le VIH et le Sida
Document d'appui 5.2 : Qu'est-ce que la mutilation génitale féminine ?	Extrait tiré du Kit d'informations sur la MGF de l'OMS, 1994.
Lecture 5.1 : Apprendre au sujet du Sida et l'enseigner à l'école	Extrait tiré de "Technical Update" de l'ONUSIDA, octobre 1997

## SUGGESTIONS SUPPLEMENTAIRES POUR LA FORMATION

Les modérateurs pourraient souhaiter utiliser des matériels vidéo comme stimulants pour certains thèmes plus sensibles. Il existe une liste des vidéos dans la section relative aux **Lectures supplémentaires, vidéos et sites web**.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Programmes types

---

Il est possible que différents participants aient des besoins d'apprentissage et des priorités différents. Nous avons réparti les participants en trois grands groupes : les administrateurs supérieurs, le personnel des programmes et le personnel de terrain.

**Les administrateurs supérieurs** sont les personnes qui assument les principales responsabilités de fonctionnement d'une ONG dans un pays ou une région ou dans une Section du HCR. Ils assument la responsabilité générale de l'élaboration des stratégies et de l'affectation des ressources dans le cadre de la politique de l'organisation. Les besoins des administrateurs supérieurs ont les meilleures chances d'être satisfaits par les séances d'information.

**Les coordonnateurs de secteur** comprennent les personnes qui sont responsables d'un aspect donné des activités de leur agence dans un pays ou une région ou qui sont responsables d'une fonction donnée dans une opération, par exemple le personnel du programme du HCR, de la protection ou des services communautaires. Les coordonnateurs de secteur sont responsables de l'application de la politique et chargés de veiller à ce que les budgets des programmes reflètent les ressources nécessaires pour assurer la bonne pratique.

**Le personnel de terrain** comprend les personnes qui travaillent sur le terrain et qui sont responsables de l'exécution des activités des programmes. Il a souvent beaucoup d'expérience de première ligne. Le personnel de terrain peut apprécier l'opportunité de développer et de mettre en pratique de nouvelles compétences, ainsi que d'accroître leurs connaissances et compréhension.

Les programmes de formation doivent être conçus en tenant compte des responsabilités et des besoins d'apprentissage de ces différents groupes. Dans la mesure du possible, il est nécessaire de former séparément les participants des différents groupes, mais si cela n'est pas possible, les exercices et les contributions doivent être choisis de façon à satisfaire les besoins de tous les groupes. Il est possible d'utiliser différents exercices en groupes restreints pour satisfaire les besoins de chaque groupe de participants au cours d'un atelier de groupe mixte.

Deux types de programmes sont contenus dans le présent dossier de ressources. Le premier décrit un Atelier de sensibilisation d'une demi-journée. Le programme se réfère de façon détaillée aux matériels du dossier de ressources et décrit la manière dont le modérateur pourrait utiliser ces matériels pour conduire une session qui dure à peine quatre heures.

Le deuxième exemple concerne un atelier d'une journée complète. Il est rédigé sous forme de Plan de session qui couvre :

- le but global de la session de formation ;
- les objectifs d'apprentissage spécifiques ;
- une description de ce qui sera traité dans la séquence à suivre ;
- la programmation pour chaque partie de la session ;
- qui sera responsable des différentes parties du programme ;
- quelles contributions et exercices seront utilisés ;
- quels matériels (par exemple, documents d'appui, transparents, documents d'orientation, fiches à indexes) seront nécessaires ;
- quels équipements (par exemple, tableau-papier, rétroprojecteur, tableau noir, vidéo) sont nécessaires.

Le but et la conception des plans de la session sont décrits de façon détaillée dans le **Dossier d'outils pédagogiques destinés au modérateur de l'ARC**.

Les deux programmes sont censés servir d'exemples d'orientation uniquement. Il est très important que le modérateur réfléchisse attentivement au groupe de participants avec lequel il est censé travailler et conçoive un programme qui prenne en compte les points ci-après :

- le rôle et les responsabilités des participants ;
- les besoins d'apprentissage des participants ;
- leur niveau de connaissance actuel ;
- leur intérêt pour le sujet ;
- leur désir de partager leurs expériences et d'admettre les lacunes afférentes à leurs connaissances/compétences ;
- les questions et priorités actuelles/locales pour les participants ;
- le temps dont ils disposent ;
- leur position au sein de leur organisation.

Tout programme de formation doit être conçu, si possible, en consultation avec les futurs participants. S'il s'avère impossible de consulter tous les participants (par exemple, en envoyant une fiche de demande comportant des questions concernant leurs attentes pour la formation), le modérateur doit essayer de s'entretenir avec un échantillon avant de prendre les décisions finales concernant le programme.

Le modérateur doit également prendre en compte :

- la gamme des thèmes à couvrir ;
- l'ordre dans lequel il faut aborder les thèmes ;
- les voies et moyens d'encourager le partage de l'expérience et de l'information entre les participants ;
- qui effectuera la formation ;
- quelles méthodes seront les plus indiquées pour les participants.

- De plus amples détails sur le processus de formation figurent dans le **Dossier d'outils pédagogiques destinés au modérateur de l'ARC**.

Ne pas oublier d'intégrer une évaluation de l'atelier – à cet égard, vous trouverez des idées dans le dossier d'outils pédagogiques destinés au modérateur de l'ARC.

## **PROGRAMME DETAILLE POUR UN ATELIER DE SENSIBILISATION D'UNE DEMI-JOURNEE**

Le présent programme qui comprend deux sessions d'un peu moins de deux heures chacune vise à sensibiliser les participants, d'une manière générale, sur le thème et à introduire un certain nombre de questions clés.

### **OBJECTIFS**

A la fin du présent atelier, les participants seront en mesure :

- de comprendre ce que l'on entend par santé sexuelle et génésique pour une jeune personne ;
- de comprendre pourquoi les jeunes en général sont exposés au risque de porter préjudice à leur santé sexuelle et génésique ;
- d'identifier et de mettre à profit les forces des jeunes, de façon qu'ils puissent être pleinement associés à tous les aspects de la planification et de l'exécution des projets ;
- d'expliquer les principales caractéristiques éventuelles d'un programme de santé sexuelle et génésique réussi ;
- de comprendre les articles de la Convention relative aux droits de l'enfant et des autres instruments juridiques qui protègent les droits des jeunes en matière de santé sexuelle et génésique ; et la manière dont ils pourraient être utilisés pour faire le plaidoyer et afin d'éclairer les politiques et la planification.

### **PREPARATION**

Le modérateur doit préparer un dossier d'informations complet pour les participants comprenant :

- des exemplaires des documents d'appui pertinents ;
- un exemplaire de la Liste des lectures et des ouvrages de lecture ;
- des exemplaires des matériels pertinents de la région/pays/localité (par exemple, les documents de la recherche, les rapports de suivi) ;

Dans la mesure du possible, ce dossier doit être envoyé à l'avance aux participants.

Le modérateur doit recueillir toute information pertinente au niveau local sur les thèmes à aborder pendant la formation et identifier les individus qui ont une expertise spécifique et qui pourraient agir en qualité de personnes ressources. Tous les participants peuvent être invités à amener du matériel pertinent à exposer/partager les uns avec les autres.

Le modérateur doit étudier attentivement les notes concernant chaque exercice afin de veiller à ce que tous les matériels nécessaires soient préparés à l'avance.

## Introduction

---

10 minutes	Introduire les objectifs convenus de la session sur la Santé sexuelle et génésique sur un tableau-papier préparé. A l'aide du Transparent 1.0, Santé sexuelle et génésique : Concepts clés, introduire les concepts clés pertinents.	Tableau-papier résumant les objectifs de la session. Transparent 1.0
------------	--	---

## Les jeunes et la santé sexuelle

---

20 minutes	Donner des informations sur le présent Thème, sur la base des Notes d'orientation pour le Thème 1 et des Transparents 1.3 et 1.4 relatifs à la Santé sexuelle et génésique couvrant les points ci-après :  Qu'entend-on par jouir d'une bonne santé sexuelle ?  Pourquoi il serait difficile pour une jeune personne d'atteindre cet objectif.  Pourquoi les jeunes réfugiés et déplacés pourraient être exposés à un risque accru de mauvaise santé sexuelle et génésique	Transparent 1.3  Transparent 1.4
------------	--	--

## Travailler avec les jeunes – Forces et défis

---

60 minutes	Introduction, à l'aide des Notes d'orientation pour le Thème 2 et des Transparents 2.2 et 2.3 relatifs à la Santé sexuelle et génésique.  Introduire et coordonner l'Exercice 2.1 relatif à la Santé sexuelle et génésique.	Transparents 2.2, 2.3. Exercice 2.1
------------	---	--

### **Pause de 15 minutes suggérée**

## Normes juridiques pertinentes et implications pour le plaidoyer, l'élaboration des politiques et la planification

---

30 minutes	A l'aide des Notes d'orientation pour le Thème 3 et du Document d'appui 3.1 et du Transparent 3.2 relatifs à la Santé sexuelle et génésique, donner un bref aperçu des instruments juridiques pertinents.	Transparents 3.2 et 3.3
------------	---	-------------------------

60 minutes	<p>Discussion, questions et réponses.</p> <p>Inviter les participants à étudier la manière dont ces instruments juridiques pourraient être utilisés pour le plaidoyer et l'élaboration des politiques.</p> <p>Introduire et coordonner l'Exercice 3.2 relatif à la Santé sexuelle et génésique.</p>	Exercice 3.2
------------	---	--------------

## Composantes d'un programme de santé sexuelle et génésique

---

30 minutes	<p>Donner l'orientation nécessaire à l'aide des Notes d'orientation pour le Thème 4 et du Transparent 4.2 relatif à la Santé sexuelle et génésique, en veillant à ce que les points suivants soient abordés :</p> <p>l'importance d'une approche multisectorielle ;</p> <p>les programmes d'IEC ;</p> <p>les caractéristiques d'un programme d'IEC réussi ;</p> <p>les principes du travail avec les jeunes.</p>	Transparent 4.2
45 minutes	<p>Introduire et coordonner l'Exercice 4.1 relatif à la Santé sexuelle et génésique.</p>	Exercice 4.1

## Résumé et évaluation

---

5 minutes	<p>Rappeler aux participants les objectifs de la présente session sur la Santé sexuelle et génésique en se référant aux objectifs présentés sur le tableau-papier. Passer en revue les thèmes abordés à la lumière du Transparent 1.0 relatif à la Santé sexuelle et génésique : Concepts clés.</p>	Tableau-papier présentant les objectifs Transparent 1.0
5 minutes	<p>Demander aux participants d'identifier trois points d'action dont ils souhaiteraient assurer le suivi.</p>	
5 minutes	<p>Procéder à une brève évaluation à l'aide des fiches adaptées du Dossier d'outils pédagogiques destinés au modérateur de l'ARC.</p>	Fiches d'évaluation

## **PLAN DE FORMATION POUR UN ATELIER D'UNE JOURNEE SUR LA SANTE SEXUELLE ET GENESIQUE ET L'ANALYSE DE SITUATION**

Le présent programme a été préparé sous forme de plan de formation afin de démontrer comment les matériels de plusieurs dossiers de ressources peuvent être fusionnés pour organiser un atelier adapté aux besoins d'un groupe de participants donnés. Il est censé servir uniquement à des fins d'illustration.

### **OBJECTIF GLOBAL**

Sensibiliser les participants sur la question de la santé sexuelle et génésique et démontrer comment une analyse de situation approfondie et appropriée peut contribuer à l'élaboration d'un bon programme.

### **OBJECTIFS**

A la fin du présent atelier, les participants seront en mesure :

- de comprendre ce que l'on entend par jouir d'une bonne santé sexuelle pour une jeune personne ;
- de comprendre pourquoi la santé sexuelle et génésique des jeunes est souvent exposée à des risques et les risques particuliers auxquels sont confrontés les jeunes réfugiés et déplacés ;
- de comprendre l'importance d'une analyse de situation axée sur l'enfant comme première étape de la mise en place d'un programme de santé sexuelle et génésique ;
- d'utiliser cette analyse pour élaborer des méthodes de planification des programmes ;
- d'identifier et mettre à profit les forces des jeunes de façon qu'ils soient pleinement associés à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des programmes ;
- de décrire les composantes nécessaires pour un programme de santé sexuelle et génésique ;
- de décider de la meilleure façon de promouvoir la santé sexuelle et génésique pour les jeunes réfugiés et déplacés ;
- de mettre l'accent sur les problèmes de santé sexuelle particuliers et comprendre les messages clés à transmettre aux jeunes qui sont confrontés à ces problèmes ;
- d'établir une liste des instruments juridiques pertinents qui protègent les droits en matière de santé sexuelle et génésique des jeunes et comprendre la manière dont ils pourraient s'appliquer au plaidoyer, à l'élaboration des politiques ou à la planification.

Action for the Rights of Children (ARC)

<b>Durée</b>	<b>Contenu</b>	<b>Méthodes</b>	<b>Matériels</b>	<b>Ressources &amp; équipements</b>	<b>Responsabilité</b>
30 minutes	<b>Accueil et présentations</b> <b>Présentation et adoption des objectifs</b>	Bref exercice participatif grâce auquel les participants peuvent se connaître  Présentation et affinement des objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tels que requis dans l'activité introductive</li> </ul>	Tableau-papier et marqueurs	
15 minutes	<b>Introduction du thème</b>	Brève contribution du modérateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transparent 1.0 : Concepts clés</li> </ul>	Rétroprojecteur Tableau-papier et marqueurs	
30 minutes	<b>Santé sexuelle et génésique, et les raisons pour lesquelles certains jeunes sont exposés au risque</b>	Brève contribution du modérateur (à l'aide des Notes d'orientation pour le Thème 1)  Discussion plénière	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notes d'orientation pour le Thème 1</li> </ul>	Tableau-papier et marqueurs	
30 minutes	<b>Importance d'une analyse de situation axée sur les enfants afin de comprendre les besoins des jeunes réfugiés et déplacés</b>	Brève contribution du modérateur (à la lumière des informations tirées des Thèmes 3 et 4 du Dossier de ressources de l'ARC relatif à l'Analyse de situation)  Questions et réponses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notes d'orientation relatives à l'Analyse de situation du Thème 3</li> <li>Notes d'orientation relatives à l'Analyse de situation du Thème 4</li> </ul>	Rétroprojecteur Tableau-papier et marqueurs	
<b>Pause suggérée</b>					
60 minutes	<b>Planification tenant compte des besoins des jeunes</b>	Introduire et coordonner l'Exercice 4.1 relatif à l'Analyse de situation  Discussion plénière	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercice 4.1 relatif à l'Analyse de situation</li> </ul>	Tableau-papier et marqueurs	
<b>Pause suggérée</b>					

Action for the Rights of Children (ARC)

60 minutes	<b>Travailler avec les jeunes : défis et forces</b>	Introduire et coordonner l'Exercice 2.1 relatif à la Santé sexuelle et génésique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercice 2.1</li> </ul>	Tableau-papier et marqueurs	
45 minutes	<b>Composantes d'un programme de santé sexuelle et génésique</b>	Orientation à la lumière des informations tirées du Thème 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transparent 4.2</li> </ul>	Rétroprojecteur Tableau- papier et marqueurs	
<b>Pause suggérée</b>					
60 minutes	<b>Santé sexuelle et génésique : problèmes spécifiques et messages clés</b>	Orientation sur un ou plusieurs problèmes spécifiques qui sont pertinents pour les besoins/intérêts des participants (sur la base des informations fournies au Thème 5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercice pertinent tiré des matériels de formation pour le Thème 5</li> </ul>	Tableau-papier et marqueurs	
25 minutes	<b>Résumé, planification des mesures et évaluation de l'atelier</b>	Brève contribution du modérateur Exercice de planification en petits groupes Exercice d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiche d'évaluation</li> </ul>	Rétroprojecteur Tableau-papier et marqueurs	

## Santé sexuelle et génésique



### Transparents

<a href="#">1.0</a>	Concepts clés
<a href="#">1.1</a>	Points clés à retenir pour le Thème 1
<a href="#">1.2</a>	Définition de la santé génésique
<a href="#">1.3</a>	Difficultés auxquelles sont confrontés les jeunes réfugiés et déplacés
<a href="#">1.4</a>	Caractéristiques des jeunes
<a href="#">2.1</a>	Points clés à retenir pour le Thème 2
<a href="#">2.2</a>	Défis de la prestation des services de santé sexuelle et génésique
<a href="#">2.3</a>	Forces potentielles des jeunes
<a href="#">3.1</a>	Points clés à retenir pour le Thème 3
<a href="#">3.2</a>	Mesures importantes visant à améliorer les droits en matière de santé génésique
<a href="#">4.1</a>	Points clés à retenir pour le Thème 4
<a href="#">4.2</a>	Cadre stratégique visant à permettre aux jeunes réfugiés de mener une vie productive et une vie sexuelle et génésique sûre
<a href="#">5.1</a>	Problèmes de santé sexuelle et génésique spécifiques abordés dans le Thème 5
<a href="#">5.2</a>	Risques sociaux et économiques de la maternité précoce
<a href="#">5.3</a>	Définitions et classification des mutilations génitales féminines

## Concepts clés

---

1. La santé sexuelle et génésique est l'affaire de tous.
2. Un soutien et des interventions efficaces pendant l'adolescence peuvent comporter des avantages importants et durables.
3. Les jeunes réfugiés et déplacés sont davantage exposés au risque que les jeunes en situation de stabilité.
4. Les problèmes de santé sexuelle chez les jeunes se posent lorsqu'ils sont soit mal informés soit mal outillés pour faire face aux conséquences de leurs activités sexuelles.
5. Etre efficace en matière de travail sur les problèmes de santé sexuelle et génésique nécessite que l'on travaille avec les communautés et les jeunes.
6. Impliquer principalement les jeunes eux-mêmes dans le processus d'élaboration de stratégies d'auto-assistance efficaces.
7. Les instruments des droits humains contribuent à appuyer le plaidoyer dans ce domaine.
8. Les programmes de santé sexuelle et génésique efficaces nécessitent une approche multisectorielle et une coordination rigoureuse entre et au sein des institutions.
9. Les programmes d'IEC réussis présentent de nombreuses caractéristiques communes.
10. Il existe des messages de santé et de prévention spécifiques qui concernent les différents problèmes clés individuels.

## Points clés à retenir pour le Thème 1

---

- La santé sexuelle et génésique est l'affaire de tous.
- Un soutien et des interventions efficaces pour les jeunes qui sont sur le point de commencer leur vie sexuelle peuvent comporter des avantages durables et précieux pour de nombreux aspects de leur vie.
- L'adolescence marque le début du voyage de la jeune personne pour le développement sexuel et la sexualité. Elle peut être une période excitante, préoccupante et/ou difficile.
- La bonne santé sexuelle suppose un état en vertu duquel on se sent bien dans sa peau, sa tête et son esprit, ainsi que dans le contexte de l'environnement social dans lequel on vit, eu égard à son comportement sexuel.
- Les problèmes de santé sexuelle se posent lorsque les jeunes ne contrôlent pas leur vie sexuelle : ils sont soit mal informés soit mal outillés pour faire face aux conséquences de leurs activités sexuelles.
- En raison du caractère instable de leur situation, les jeunes réfugiés et déplacés sont davantage exposés au risque de porter préjudice à leur santé sexuelle et génésique que les jeunes en situation de stabilité.

## Définition de la santé sexuelle et génésique

---

La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être sexuel, de manières qui enrichissent, rehaussent la personnalité et renforcent la communication et l'amour.

La santé génésique est un état de bien-être complet, physique, mental et social et pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité, pour toutes les questions concernant le système reproductif et ses fonctions et processus.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Programme d'action du Caire de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (ICPD) 1994, para.7.2.

## Difficultés auxquelles sont confrontés les jeunes réfugiés et déplacés

---

Celles-ci comprennent les points ci-après :

- le fardeau du traumatisme de l'exil ;
- les incertitudes inhérentes à leur avenir ;
- le traumatisme découlant de l'expérience ou du fait d'avoir été témoin de viol, de torture ou de tueries ;
- l'effondrement des réseaux de soutien familial préexistants qui se traduit par la perte chez les jeunes de leurs sources classiques d'informations, d'assistance et de protection ;
- la perturbation des systèmes éducatifs qui constitue la perte d'une autre source d'informations, de protection et d'assistance ;
- la perturbation des normes acceptées et comprises qui peuvent avoir des conséquences importantes sur les jeunes ;
- la perte de sources de revenus des réfugiés réduit leur capacité à opérer des choix libres ;
- les femmes, et même les enfants, peuvent être les seules personnes qui s'occupent de leurs familles ; ceci constitue un fardeau émotionnel et physique lourd ;
- une priorité insuffisante peut être accordée à la question de la santé génésique.

## Caractéristiques des jeunes

---

- Croissance physique et développement rapides
- Maturité physique, sociale et psychologique, mais pas en même temps
- Premières expériences
- Manque fréquent de connaissances et d'aptitudes à effectuer des choix sains
- Modes de pensée dans lesquels les besoins immédiats ont tendance à prendre le pas sur les implications à long terme
- Début des comportements susceptibles d'entraîner des habitudes pour la vie qui peuvent entraîner des maladies plusieurs années plus tard.

## Points clés à retenir pour le Thème 2

---

- L'élaboration de programmes de santé sexuelle et génésique pour les jeunes comporte des défis importants.
- Les jeunes ont des forces particulières qui contribuent, dans une large mesure, à la réussite de ces programmes.
- Une compréhension et une analyse claires des questions culturelles et d'appartenance sexuelle qui subsistent devraient éclairer la planification de tout programme dans ce domaine.
- Les jeunes doivent être associés à toutes les étapes de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes.
- Les parents, les enseignants, les responsables communautaires et les chefs religieux doivent être consultés et informés au sujet de l'importance des programmes de santé sexuelle et génésique pour les jeunes.

## Défis de la prestation des services de santé sexuelle et génésique

---

Les facteurs qui constituent des défis pour la prestation des services de santé génésique, en particulier en ce qui concerne les jeunes, ont été mis en exergue au cours de la Conférence de Beijing de 1995, comme suit :

- *l'insuffisance des niveaux de connaissances concernant la sexualité humaine ;*
- *le caractère inapproprié ou la mauvaise qualité des informations et des services en matière de santé génésique ;*
- *la prévalence de comportements sexuels à haut risque ;*
- *les pratiques sociales discriminatoires ;*
- *les attitudes négatives à l'égard des femmes et des filles ;*
- *le pouvoir limité dont disposent de nombreuses femmes et filles sur leur vie sexuelle et génésique.*

## Forces potentielles des jeunes

---

- Les jeunes sont plus souples et s'adaptent souvent plus facilement aux nouvelles situations que leurs parents.
- Ils peuvent également apprendre rapidement à "travailler" dans de nouvelles structures.
- Ils ont tendance à être plus ouverts aux nouvelles idées que les personnes plus âgées.
- Lorsqu'ils sont motivés, ils disposent de sources d'énergie et d'enthousiasme considérables.
- Ils peuvent être de loin de meilleurs agents de communication avec leurs groupes de pairs que de nombreux adultes, en particulier ceux qui sont perçus comme l'autorité.

## Points clés à retenir pour le Thème 3

---

- Il existe un certain nombre d'instruments juridiques concernant directement les problèmes de santé sexuelle et génésique. Ceux-ci peuvent être utilisés de façon efficace pour le plaidoyer et la promotion des droits en matière de santé génésique, et sexuelle des jeunes.
- La compréhension des problèmes liés aux droits en matière de santé sexuelle et génésique tels qu'ils affectent les jeunes peut contribuer à influencer les décideurs et les planificateurs de programmes afin qu'ils élaborent des programmes qui prennent mieux en compte les besoins des jeunes.

## Santé sexuelle et génésique – Transparent 3.2

---

# Mesures importantes visant à améliorer les droits en matière de santé génésique

---

Trois mesures fondamentales qui sont à présent nécessaires pour améliorer les droits en matière de santé génésique sont indiquées ci-après :

- la réforme des lois qui favorisent la mortalité maternelle : par exemple, les lois qui exigent que les femmes qui recherchent les services de santé obtiennent l'autorisation de leurs maris et celles qui freinent l'accès à des services de santé génésique fiables ;
- l'application des lois qui protègent les intérêts des femmes en matière de santé : par exemple les lois qui interdisent le mariage des enfants, la mutilation génitale féminine, le viol et les sévices sexuels ;
- la consécration des droits humains dans les constitutions nationales et les conventions internationales afin de promouvoir la maternité sans risque, par exemple en demandant aux Etats de prendre des mesures préventives et curatives efficaces afin de réduire la mortalité et de traiter les femmes avec respect et dignité.

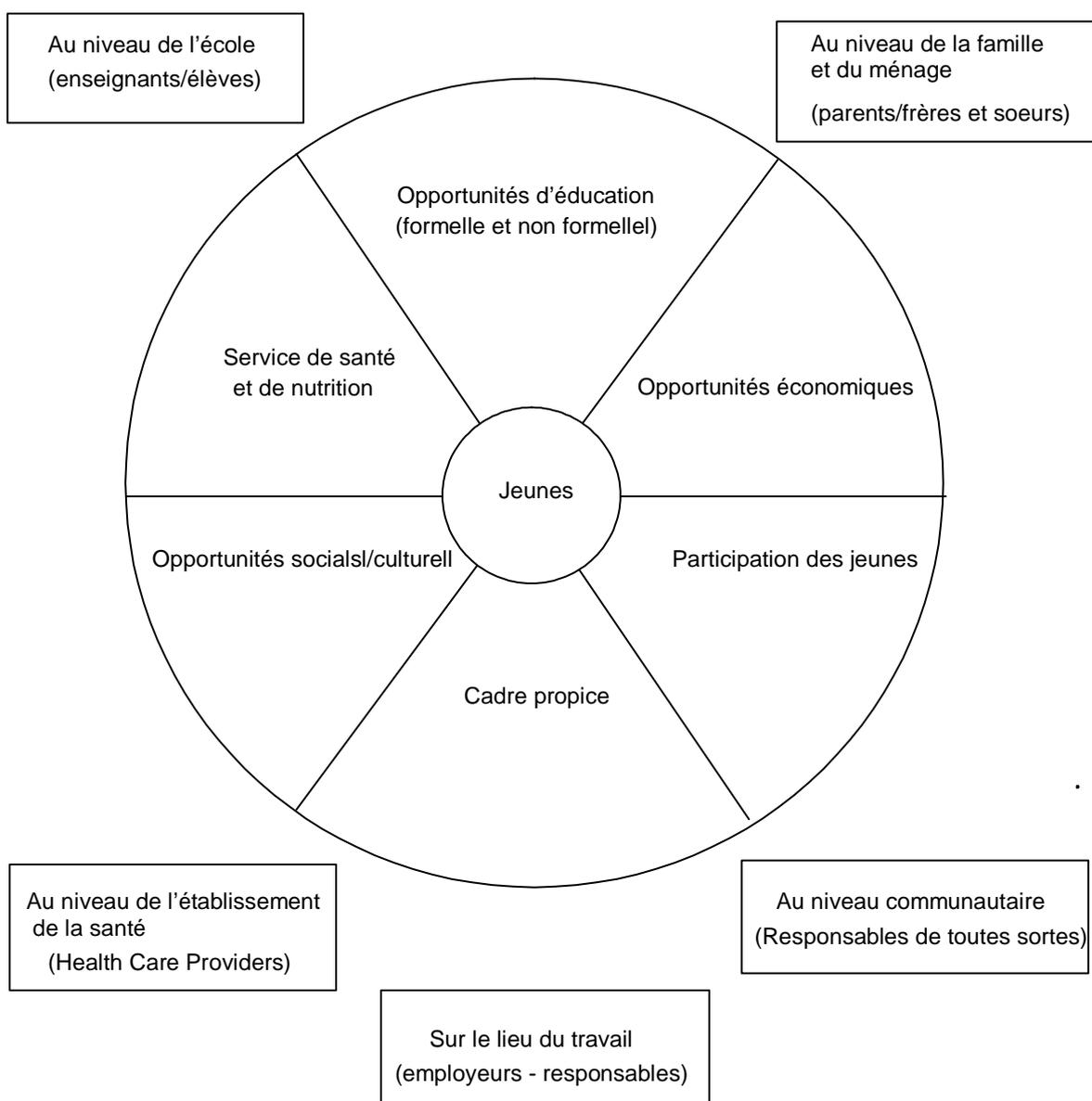
## Points clés à retenir pour le Thème 4

---

- La santé sexuelle et génésique nécessite une approche multisectorielle pour être efficace.
- La coordination de ces activités tant entre les différentes agences d'exécution qu'au sein de celles-ci est également essentielle.
- L'information, l'éducation et la communication (programmes d'IEC) peuvent fournir des informations et des conseils utiles et appropriés, assurer le plaidoyer, ainsi que le développement de la participation communautaire et l'engagement des individus à l'égard du changement.
- Les programmes d'IEC réussis présentent souvent des caractéristiques similaires (voir ci-dessous).
- Il existe un certain nombre de principes importants dont il faut tenir compte lorsque l'on travaille avec les jeunes.

## Santé sexuelle et génésique – Transparent 4.2

# Cadre stratégique pour les jeunes réfugiés



Cadre stratégique pour l'habilitation des jeunes réfugiés afin de leur permettre de mener une vie productive et une vie sexuelle et génésique sûre

Le Quoi et le Où/Qui

Santé sexuelle et génésique – Transparent 5.1

---

Problèmes spécifiques de santé sexuelle et  
génésique abordés dans le Thème 5

---

5.1 : INFECTIONS SEXUELLEMENT  
TRANSMISSIBLES, NOTAMMENT  
LE VIH/SIDA

5.2 : GROSSESSES PRECOCES/NON  
PLANIFIEES

5.3 : AVORTEMENTS A RISQUE

5.4 : MUTILATION GENITALE FEMININE

5.5 : ABUS DES SUBSTANCES

5.6 : NUTRITION

## Risques sociaux et économiques de la maternité précoce

---

- Le mariage et la maternité précoces limitent les opportunités d'éducation et les résultats scolaires.
- Les grossesses précoces hypothèquent la capacité de la femme à se prendre en charge elle-même, ainsi que ses enfants, sur le plan financier.
- Les opportunités pour une femme sont sérieusement compromises lorsqu'elle devient mère et la qualité de sa vie s'en trouve menacée.
- Dans certaines situations, les stigmates liés au fait d'être un parent célibataire peuvent entraîner le rejet par la famille et/ou la communauté.

## Définitions et classification des mutilations génitales féminines

---

La mutilation génitale comprend toutes les procédures qui supposent l'ablation partielle ou totale des parties extérieures de l'appareil génital féminin et/ou la mutilation des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou toutes autres raisons non thérapeutiques.

### CLASSIFICATION DE L'OMS

**Type I** : Ablation du prépuce avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris.

**Type II** : Ablation du clitoris avec excision partielle ou totale des lèvres inférieures.

**Type III** : Ablation partielle ou totale des parties extérieures de l'appareil génital et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation).

### TYPE IV : NON CLASSE

- le perforage, le perçage ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres
- l'écartement du clitoris et/ou des lèvres
- l'introcision
- le raclage (sections angurya) ou la section (sections gishiri) du vagin ou du tissu environnant
- l'introduction de substances corrosives ou d'herbes dans le vagin
- toute autre procédure qui relève de la définition de la mutilation génitale féminine indiquée ci-dessus.

## Santé sexuelle et génésique



### Exercices

<a href="#">1.1</a>	Qu'avez-vous fait quand vous étiez adolescents ?	Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain
<a href="#">1.2</a>	Qu'y a-t-il de difficile à être adolescent ?	Administrateur supérieur ; coordonnateur de secteur ; personnel de terrain
<a href="#">1.3</a>	Jeunes réfugiés et déplacés : les risques	Administrateur supérieur ; coordonnateur de secteur ; personnel de terrain
<a href="#">2.1</a>	Evaluation des forces et des défis lorsque l'on travaille avec les jeunes	Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain
<a href="#">3.1</a>	Droits connexes de la santé génésique et leur efficacité	Administrateur supérieur ; coordonnateurs de secteur ; personnel de terrain
<a href="#">3.2</a>	Politiques et programmes qui contribuent à la réduction des mariages et de la maternité des adolescentes	Administrateur supérieur ; coordonnateurs de secteur
<a href="#">4.1</a>	Promotion des droits en matière de santé génésique des jeunes réfugiés et déplacés	Coordonnateur de secteurs ; personnel de terrain
<a href="#">4.2</a>	Importance de la participation communautaire	Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain
<a href="#">4.3</a>	Travailler avec les groupes de pairs – jeune à jeune	Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain
<a href="#">4.4</a>	Soyons créatifs !	Personnel de terrain
<a href="#">5.1</a>	Etude de cas : Avortements à risque	Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain
<a href="#">5.2</a>	IST/VIH/SIDA : Caractéristiques d'un programme d'éducation réussi	Administrateur supérieur ; coordonnateur de secteur ; personnel de terrain
<a href="#">5.3</a>	Grossesses précoces/non planifiées	Administrateur supérieur ; coordonnateur de secteur ; personnel de terrain

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 1.1 :

Qu'avez-vous fait lorsque vous étiez adolescents ?

---

#### **GROUPE VISE**

Coordonnateurs de secteur ; personnel de terrain.

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- de reconnaître que s'adonner à un comportement à risque lorsqu'on est jeune est le propre de tout le monde.

#### **DUREE**

10 minutes

#### **METHODE**

Demander aux participants de réfléchir à la manière dont ils se comportaient lorsqu'ils étaient jeunes et de mettre l'accent sur un incident au cours de cette période de leur vie pendant lequel ils ont pris un risque (plus les exemples seront risqués, plus l'objectif du présent exercice sera atteint). Après avoir mis l'accent sur l'incident, demander aux participants de réfléchir aux raisons pour lesquelles ils ont agi de la sorte et de partager ces raisons avec un partenaire (N.B. Il n'est pas nécessaire de partager ce qu'ils ont fait).

NOTE : Cette méthode peut ne pas être appropriée dans certains milieux culturels où le fait pour certains groupes au sein de la société d'avouer avoir fait "quelque chose de risqué" est inacceptable. Si tel est le cas, le modérateur doit adapter l'exercice en invitant les participants à penser à quelqu'un qu'ils connaissent qui a pris des risques lorsqu'il était jeune et les raisons probables susceptibles de justifier cette initiative.

Plénière : demander aux participants de partager les raisons qu'ils ont données.  
Exemple possible :

Je voulais voir à quoi cela ressemblait  
Tout le monde le faisait  
Au nom du Ciel – cela semblait drôle  
Mon ami m'a persuadé de le faire.

Brève discussion.

#### **RESSOURCE**

Feuille de tableau-papier et marqueurs.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 1.2 :

Qu'y a-t-il de difficile à être adolescent ?

---

#### **GROUPE VISE**

Administrateur supérieur ; coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- d'identifier les aspects de l'adolescence qui accroissent les risques d'être victime de sévices ou de l'adoption des comportements à risque.

#### **DUREE**

20 minutes

#### **METHODE**

Les participants travaillent en paires. A la lumière de leurs expériences personnelles et/ou de celles de leurs propres enfants – dont ils ont été témoins – et/ou de leur situation professionnelle, les participants doivent répondre à la question ci-après :

"Qu'y a-t-il de difficile à être adolescent ?"

Plénière : le modérateur met en exergue les principales réponses sur le tableau-papier et présente le **Transparent 1.3**.

#### **RESSOURCE**

Tableau-papier et marqueurs.

**Transparent 1.3.**

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 1.3 :

### Jeunes réfugiés et déplacés – les risques

---

#### **GROUPE VISE**

Administrateur supérieur ; coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- de décrire la portée des risques pris par les jeunes et les conséquences éventuelles de ceux-ci ;
- d'appliquer une compréhension de ces risques aux adolescents réfugiés.

#### **DUREE**

45 minutes

#### **METHODE**

Répartir les participants en petits groupes. Donner à chaque groupe une feuille de tableau-papier et des marqueurs. Leur demander d'élire un scribe.

Demander aux participants de réfléchir de façon approfondie (au sein de leurs groupes restreints) à un comportement à risque que les jeunes pourraient adopter.

Une fois cette tâche terminée, les participants (toujours en petits groupes) doivent établir une liste des conséquences éventuelles de chaque "comportement à risque" énuméré. Par exemple :

#### **Comportement à risque : rapports sexuels non protégés**

#### **Conséquences possibles :**

- grossesses trop précoces/non planifiées ;
- maternité trop précoce : mauvaise santé ou décès possibles de la mère et/ou de l'enfant ;
- avortement à risque : possibilité d'avoir un mort-né/décès ;
- IST, VIH/Sida : mauvaise santé à court et/ou long terme ; possibilité de décès ; contamination d'autres personnes.

Plénière : le modérateur aura noté à l'avance sur le tableau-papier les points suivants afin de mettre en exergue les situations dans lesquelles les réfugiés pourraient se retrouver ;

Action for the Rights of Children (ARC)

- pauvreté et besoin impérieux d'avoir un meilleur abri ;
- manque d'activités organisées ;
- effondrement des structures sociales ;
- perte ou décès des membres de la famille, des parents et des amis ;
- perte des modèles de rôle traditionnels ;
- normes différentes du comportement social accepté ;
- pression des groupes de pairs.

Conduire une discussion sur la manière dont chacun de ces facteurs pourrait influencer davantage la vulnérabilité des réfugiés adolescents.

**RESSOURCE**

Tableau-papier et marqueurs.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 2.1 : (Notes pour le modérateur)

### Evaluation des forces et des défis lorsqu'on travaille avec les jeunes

---

#### **GROUPE VISE**

Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- de décrire les défis et les forces auxquels ils sont confrontés lorsqu'ils mettent au point des programmes efficaces de santé sexuelle et génésique pour les jeunes.

#### **DUREE**

45 - 60 minutes

#### **METHODE**

Procéder à une brève introduction des principaux défis à prendre en compte lorsque l'on travaille avec les jeunes sur les questions de santé sexuelle et génésique (à l'aide des informations tirées des Notes d'orientation pour le Thème 2). Souligner que travailler avec les jeunes nécessite des aptitudes spéciales et la compréhension de leurs forces et aptitudes, ainsi que des différentes sortes de stress auxquelles ils sont confrontés dans leur vie.

Répartir les participants en petits groupes. Leur demander d'effectuer une analyse SWOC décrivant les forces, les faiblesses, les opportunités et les contraintes que les participants ont rencontrées en travaillant avec les jeunes afin d'améliorer leur santé sexuelle et génésique.

Une description de la manière d'effectuer une analyse SWOC est présentée dans le Dossier d'outils pédagogiques destiné au modérateur de l'ARC. A la page suivante, figure une pro forma qui peut être utilisée pour le présent exercice.

Plénière : en plénière, ajouter une discussion sur la manière de mettre à profit cette analyse.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 2.1 : (Notes pour le participant)

Evaluation des forces et des défis  
lorsqu'on travaille avec les jeunes

---

#### **ANALYSE SWOC – TRAVAILLER AVEC LES JEUNES.**

<b><i>Forces</i></b>	<b><i>Faiblesses</i></b>
<b><i>Opportunités</i></b>	<b><i>Contraintes</i></b>

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 3.1 :

### Droits connexes de la santé génésique et leur efficacité

---

#### **GROUPE VISE**

Administrateur supérieur ; coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- de décrire les instruments juridiques qui pourraient être utilisés pour améliorer la santé génésique et le bien-être des enfants et des jeunes ;
- d'expliquer les voies et moyens d'utiliser ces instruments juridiques de la meilleure façon qui soit.

#### **DUREE**

45 - 60 minutes

#### **METHODE**

A la lumière des connaissances et des expériences personnelles des participants, réfléchir de façon approfondie aux instruments juridiques qui sont pertinents pour la santé génésique et le bien-être des jeunes.

Organiser les informations sur le tableau-papier.

A l'aide des informations contenues dans les **Notes d'orientation pour le Thème 3**, ajouter d'autres instruments avec lesquels les participants ne sont pas nécessairement familiers.

Demander aux participants de travailler en groupes de trois personnes afin d'identifier les trois instruments les plus importants (à la lumière de leurs expériences personnelles) et d'étudier les voies et moyens par lesquels ils pourraient les utiliser (ou les ont utilisés) en vue d'influencer les autres ONG, les gouvernements, les autres décideurs.

Plénière : synthèse/présentation de chaque groupe.

Utiliser le **Transparent 3.2 : Mesures importantes visant à renforcer les droits en matière de santé génésique.**

## **RESSOURCES**

Tableau-papier et marqueurs.

**Transparent 3.2.**

**Document d'appui 3.1.**

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 3.2 : (Notes pour le modérateur)

## Politiques et programmes qui contribuent à la réduction du nombre des mariages et des maternités des adolescentes

---

### **GROUPE VISE**

Administrateur supérieur ; coordonnateur de secteur.

### **OBJECTIF**

À la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- d'identifier ou de mettre au point des politiques et programmes susceptibles de réduire de façon efficace le nombre des mariages et des maternités des adolescentes dans leurs propres domaines de travail/influence.

### **DUREE**

45 - 60 minutes

### **METHODE**

Répartir les participants, dans la mesure du possible, en équipes de travail.

Introduire les tâches pour chaque groupe.

En ce qui concerne la santé génésique dans votre domaine/sphère d'influence :

1. étudier d'abord les politiques qui ont été mises en place, puis les principales caractéristiques des programmes futurs et en cours ;
2. identifier les forces de ces politiques et programmes, puis étudier leurs lacunes et faiblesses ;
3. identifier d'autres politiques et caractéristiques des programmes qui n'existent pas à l'heure actuelle dans votre domaine, mais qui permettraient d'améliorer la santé génésique et le bien-être des enfants et des jeunes.

Plénière : après avoir partagé ces idées au cours d'une session plénière, distribuer aux participants des exemplaires de la **Liste de contrôle** qui figure à la suite du présent exercice et discuter des suggestions qui y figurent.

### **RESSOURCE**

Tableau-papier et marqueurs.

Un exemplaire de la **liste de contrôle** suivante pour chaque participant.

## Liste de contrôle

### CE QUI PEUT ETRE FAIT

#### **Les gouvernements, les bailleurs de fonds, les ONG et les prestataires de services doivent apporter des amendements au programme :**

- en veillant à ce que tous les prestataires de soins reçoivent les fournitures médicales, les compétences techniques, les informations et les aptitudes de communication interpersonnelles nécessaires pour offrir des soins de grande qualité ;
- en veillant à ce que tous les couples et individus aient accès à des informations et à des services de planification familiale de bonne qualité, orientés vers le client et confidentiels, qui offrent une large gamme de choix de méthodes de contraception modernes, notamment la contraception d'urgence, le cas échéant. Les conseils en matière de planification familiale doivent appuyer et répondre aux besoins des clients en vue d'assurer la confiance et la continuité. Les services doivent reposer sur l'objectif de l'habilitation des femmes et des hommes afin de réaliser leurs intentions de reproduction, tout en se protégeant contre les IST. La planification familiale doit faire partie d'un programme de santé sexuelle et génésique complet ;
- en informant les femmes et leurs familles par le truchement d'une gamme de canaux de communication concernant la planification familiale, y compris la contraception d'urgence ; l'importance de la prévention et du traitement précoce des IST et les lieux où les services d'IST sont disponibles ; quand et où un avortement peut être effectué de façon légale ; ainsi que les autres problèmes de santé génésique ;
- en veillant à ce que tous les jeunes reçoivent une éducation en matière de santé sexuelle et génésique de grande qualité et complète qui donne des informations sur les aptitudes de prise de décision et les relations hommes-femmes en ce qui concerne la sexualité, la reproduction, la contraception et les IST, notamment le VIH ;
- en mettant à la disposition de toutes les personnes sexuellement actives, notamment les jeunes et les femmes non mariées, des conseils et des services de santé génésique confidentiels ;
- en fournissant des informations fiables et en prodiguant des conseils empreints de compassion à toutes les femmes qui portent une grossesse non désirée ;
- en mettant à disposition des services d'avortement de grande qualité et sûrs, dans toute la mesure où la loi l'autorise, et en veillant à ce que ceux-ci soient accessibles et abordables ;
- en veillant à ce que toutes les femmes aient accès à des services de qualité en ce qui concerne la prise en charge des complications liées à l'avortement, et à ce que les informations et les services de planification familiale nécessaires après l'avortement soient proposés.

**Les décideurs doivent promouvoir des changements plus larges au sein des communautés et au niveau national qui :**

- assurent une prise de décision sensible aux questions d'appartenance sexuelle ;
- prennent en compte les facteurs de réglementation, sociaux, économiques et culturels qui limitent le contrôle par les femmes de leurs sexualité et reproduction ;
- veillent à mettre un terme à toutes les formes de violence sexuelle et de réduire les inégalités de pouvoirs entre hommes et femmes ;
- identifient les mesures spécifiques nécessaires pour résoudre le problème des grossesses non désirées parmi les jeunes, et changer les attitudes qui stigmatisent et blâment les jeunes filles qui tombent enceintes ;
- encouragent les attitudes des hommes qui favorisent les soins, les mesures responsables et équitables en ce qui concerne les relations sexuelles, la contraception, la grossesse et les soins aux enfants ;
- contribuent à corriger les déséquilibres de pouvoirs entre femmes et hommes et les inégalités fondées sur l'appartenance sexuelle profondément enracinées qui encouragent la négligence de la santé des femmes, limitent leurs choix et menacent leurs vies en définitive.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 4.1 : (Notes pour le modérateur)

## Promotion des droits en matière de santé génésique des jeunes dans les situations de réfugiés

---

### **GROUPE VISE**

Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- de produire des idées pratiques pour la mise au point de programmes dans les situations de réfugiés au niveau local.

### **DUREE**

45 minutes

### **METHODE**

Répartir les participants en petits groupes (de préférence en équipes de travail).

Leur demander d'établir une liste des voies et moyens par lesquels ils pourraient promouvoir la santé génésique des enfants réfugiés et des jeunes dans leurs propres situations de travail.

Après avoir établi ces listes, demander aux groupes de classer leurs idées en fonction de leur efficacité.

Plénière : résumer ces idées sur le tableau-papier.

Distribuer les exemplaires de la **Liste de contrôle** qui figure à la suite du présent exercice.

Les participants peuvent également souhaiter obtenir des exemplaires de la **Lecture 4.2 : Programmes d'éducation pour la santé génésique du Comité de secours international**. Bien que ce programme repose sur une situation d'éducation formelle, nombre de ses composantes peuvent s'appliquer à des situations moins formelles.

### **RESSOURCE**

Tableau-papier et marqueurs.

**Liste de contrôle.**

**Lecture 4.2.**

## Liste de contrôle

### **PRISE EN COMPTE DES BESOINS DE SANTE GENESIQUE DES REFUGIES ADOLESCENTS**

Les recommandations ci-après concernent les voies et moyens de prendre en compte les besoins de santé génésique spécifiques des jeunes.

- Les jeunes ont besoin d'informations de base sur la **sexualité et la reproduction**. Dans de nombreux établissements de réfugiés, l'éducation formelle prend fin après l'école primaire. Il convient de rechercher des moyens créatifs pour rendre l'information disponible. Toute activité organisée pour les jeunes (sports, projections vidéo, clubs d'artisanat) peut constituer une opportunité de fournir des informations importantes aux participants.
- Les jeunes doivent être informés sur les IST et les grossesses non désirées et les conseils et fournitures appropriés doivent être mis à leur disposition.
- Les **adolescentes qui ne vont pas à l'école** et doivent se marier immédiatement après le début de leur menstruation peuvent être particulièrement difficiles à atteindre. Il peut être acceptable sur le plan culturel qu'une accoucheuse traditionnelle leur rende visite à domicile afin de discuter de questions inhérentes à l'éducation pour la santé qui mettent l'accent sur la préparation de la maternité.
- Une expérience de viol peut être à l'origine du premier contact de l'adolescent avec les services de santé. Tant les garçons que les filles peuvent être victimes de **violence sexuelle**. Non seulement ceci comporte des implications pour les services de traitement, mais des efforts importants doivent être déployés afin de trouver les moyens nécessaires pour assurer une protection adéquate aux jeunes.
- En ce qui concerne les jeunes filles qui sont enceintes, il est important de mettre l'accent sur des **soins prénatals de qualité**, étant donné qu'elles sont plus exposées au risque de complications liées à la grossesse et à l'accouchement.
- Les messages sur la prévention des IST doivent tenir compte du fait que les jeunes peuvent se remettre en cause eux-mêmes, ainsi que leur orientation sexuelle, et ceci doit être abordé de façon amicale, sans créer un sentiment de culpabilité.
- Les traumatismes psychologiques découlant des expériences de réfugiés peuvent entraîner une **résistance à la recherche des services** qui ont un lien avec la santé sexuelle. Dans la mesure du possible, les jeunes doivent être encouragés davantage à rechercher les services de conseil.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 4.2 : (Notes pour le modérateur)

#### Importance de la participation communautaire

---

#### **GROUPE VISE**

Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- d'expliquer la nécessité fondamentale d'assurer la participation de la communauté à toutes les étapes du programme de santé génésique ;
- d'identifier les personnes clés dans leurs propres situations professionnelles.

#### **DUREE**

45 minutes

#### **METHODE**

Organiser les participants de façon qu'ils travaillent, dans la mesure du possible, en équipes de travail (les groupes individuels ne doivent pas comporter plus de 5 participants).

Introduire le sujet.

Distribuer des exemplaires des Notes pour le participant relatives au présent exercice.

Demander aux participants de discuter des questions ci-après dans le contexte de leurs propres situations professionnelles :

- au sein de la communauté dans laquelle vous travaillez, qui sont les leaders d'opinion ?
- à votre avis, qui constituent les principales personnes ressources au sein de cette communauté ?
- comment pourraient-elles contribuer à l'organisation, à la mise au point et à la réussite d'un programme de santé génésique au sein de leur communauté ?

**Demander aux participants d'utiliser la pro forma fournie dans les Notes pour le participant**

**RESSOURCE**

Feuilles de tableau-papier et marqueurs.

Notes pour le participant pour l'**Exercice 4.2.**

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 4.2 : (Notes pour le participant)

## Importance de la participation communautaire

---

### **GROUPE VISE**

Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

### **OBJECTIFS**

A la fin du présent exercice, vous serez en mesure :

- d'expliquer la nécessité fondamentale d'assurer la participation communautaire à toutes les étapes d'un programme de santé génésique ;
- d'identifier les personnes clés dans votre propre situation professionnelle.

### **DUREE**

45 minutes

### **METHODE**

Au sein de vos groupes, lire le texte ci-après et étudier les questions qui figurent à la fin de l'extrait :

#### **Importance de la participation communautaire**

Au sein d'une communauté donnée, il existe toujours une structure sociale. Dans cette structure sociale, il existe des leaders d'opinion qui ont de l'influence sur la communauté en général. Ils jouent un rôle clé en ce qui concerne l'information de la communauté et ils peuvent freiner ou appuyer les initiatives qui les touchent. Il est important de les reconnaître et de s'assurer de leur disposition à participer et à assurer l'accès à la communauté. Ces personnes peuvent fournir des informations concernant :

- les problèmes qui existent au sein des camps ;
- les leaders d'opinion dont les idées sont respectés ;
- le processus d'entrée dans la communauté ;
- les caractéristiques culturelles de la communauté vivant dans les camps ;
- les services informels qui sont utilisés par les jeunes pour les questions inhérentes à leur santé génésique ;
- les ressources humaines disponibles, en particulier en ce qui concerne la formulation de messages acceptables sur le plan culturel.

### **Les jeunes eux-mêmes**

Un enfant ou un adolescent dans un camp de réfugiés ne constitue pas uniquement une source de problèmes, mais également une ressource potentielle appréciable, s'il reçoit le soutien et bénéficie des opportunités nécessaires. La plupart des jeunes ne sont pas enclins à être différents des autres. Ils n'aiment pas attirer l'attention sur eux en demandant de l'aide ou en participant à des activités auxquelles ils n'ont pas été invités à participer. Par exemple, ils peuvent essayer de provoquer une grossesse ou un avortement en demandant de l'aide à un ami ou faire de l'automédication pour une IST. Par conséquent, il est important de les associer à :

- la planification ;
- l'exécution ;
- l'évaluation.

Ceci permet d'assurer la pertinence, l'engagement et la spécificité culturelle de toute activité liée à la santé génésique qui les affecte. Autant il est nécessaire de donner aux jeunes un meilleur contrôle des services qui leur sont fournis, autant il est important de comprendre qu'ils ne sont pas en mesure de faire seuls ce qu'il faut. Ils ont besoin de le faire dans le cadre d'un partenariat avec ceux qui planifient les activités pour eux.

### **Autres organisations**

Les initiatives qui ciblent l'enfant et l'adolescent doivent être complètes. Différentes autres organisations travaillant dans les camps de réfugiés peuvent apporter leur contribution aux activités en faveur des adolescents et des enfants en leur apportant une assistance spécialisée, le cas échéant.

- Au sein de la communauté dans laquelle vous travaillez, qui sont les leaders d'opinion ?
- A votre avis qui constituent les principales personnes ressources au sein de cette communauté ?
- Comment ces personnes ressources pourraient-elles contribuer à l'organisation, à la mise au point et à la réussite d'un programme de santé génésique au sein de leur communauté ?

Présenter les réponses à ces questions sur le schéma qui figure à la page suivante.

<p><b>Principaux leaders d'opinion au sein de la communauté dans laquelle vous travaillez :</b></p>	<p><b>Comment travailler avec eux afin de mettre au point un programme de santé génésique :</b></p>
<p><b>Principales personnes ressources au sein de la communauté dans laquelle vous travaillez :</b></p>	<p><b>Comment elles pourraient appuyer la mise au point d'un programme de santé génésique :</b></p>

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 4.3 : (Notes pour le modérateur)

#### Travailler avec les groupes de pairs – jeune à jeune

---

#### **GROUPE VISE**

Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- de décrire les différentes manières par lesquelles les groupes de pairs peuvent être utilisés dans les programmes de santé génésique en faveur des enfants et des jeunes ;
- d'appliquer cette compréhension à la situation au niveau local.

#### **DUREE**

45 - 60 minutes

#### **METHODE**

Répartir les participants en groupes de quatre ou cinq personnes.

Distribuer des exemplaires des Notes pour le participant relatives au présent exercice.

Demander aux participants de partager leurs expériences personnelles du travail avec les groupes de pairs, puis d'étudier les voies et moyens par lesquels ils pourraient utiliser les groupes de pairs dans leurs propres situations professionnelles. Les participants pourraient souhaiter tracer un diagramme similaire à celui qu'ils étudieront dans les **Notes pour le participant pour l'Exercice 4.3**.

Brève session plénière.

#### **RESSOURCES**

Tableau-papier et marqueurs.

**Notes pour le modérateur pour l'Exercice 4.3.**

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 4.3 : (Notes pour le participant 1)

### Travailler avec les groupes de pairs – jeune à jeune

---

#### EXEMPLE D'UNE INTERVENTION D'ADOLESCENTS

##### **Approche de pairs du conseil par les adolescents (PACT) – Botswana**

Résultats : Les principaux résultats concernent les mesures qui ont été prises par les autorités sanitaires et sociales afin de veiller à ce que tous les jeunes aient accès aux services de conseil, au diagnostic et au traitement des IST, et à la fourniture de préservatifs pour la prévention du VIH/IST et à la planification familiale.

##### **Interventions utilisées: aptitudes, conseil et informations**

Population cible : les jeunes âgés de 13 à 19 ans scolarisés et déscolarisés. A l'heure actuelle, le programme s'attache à atteindre les parents, les communautés et les jeunes déscolarisés.

Le présent programme vise à permettre aux jeunes de prendre des décisions saines concernant leur propre sexualité, d'éviter les grossesses non désirées et l'infection par le VIH/IST et, en particulier, de renforcer leurs confiances en eux-mêmes et amour-propre. L'objectif est de renforcer la compréhension et le soutien par les autorités responsables de l'éducation et de la santé, les écoles, les parents et la communauté de l'approche de pairs du conseil par les adolescents (PACT).

Dix pairs éducateurs sont choisis et formés dans chaque école.

Au nombre des moyens utilisés par les pairs éducateurs pour atteindre les autres jeunes figurent les pièces de théâtre, les chansons, les groupes de discussions, les concours d'affiches, les débats publics et les stands d'information à l'occasion des foires et des événements dans les églises.

Ce programme constitue un excellent exemple de la participation directe du groupe cible. La réussite de l'initiative dépend des actions entreprises par les jeunes eux-mêmes. La motivation de ces jeunes se reflète non seulement dans leur disponibilité à travailler pendant les vacances scolaires, mais également à travers les autres initiatives qu'ils ont prises. Les pairs éducateurs participent directement à la conception et à l'exécution des activités d'éducation au titre du programme et ont joué un rôle actif dans la mise au point des programmes, orientations et brochures de pairs éducateurs. Les activités de pairs éducateurs ont influencé non seulement leurs pairs à l'école, mais également leurs familles et les autres membres de la communauté.

## Santé sexuelle et génésique



### Exercice 4.3 : (Notes pour le participant 2)

#### Travailler avec les groupes de pairs – jeune à jeune

	<b>Communication de pairs</b>	<b>Education de pairs</b>	<b>Conseil de pairs</b>
<b>Objectifs</b>	Renforcement de l'information, quelques changements d'attitudes	Renforcement de l'information et des aptitudes ; changements d'attitudes ; et soutien social	Renforcement de l'information et des aptitudes ; changements d'attitudes ; résolution de problèmes et soutien social
<b>Couverture</b>	Couverture large	Couverture moyenne	Couverture faible
<b>Intensité</b>	Faible intensité	Moyenne/élevée	Intensité élevée
<b>Objet</b>	Communauté et groupes importants	Communauté et petits groupes	Individus
<b>Exemples</b>	Pièces de théâtre, distribution de brochures, distribution de préservatifs	Activités d'éducation de groupe dirigées par les pairs	Ecoles, établissements de santé ou pairs conseillers basés au niveau communautaire
<b>Rôle des pairs</b>	Communicateurs recrutés de façon continue sur une base de bénévolat et de motivation. Ils ont des rôles limités. En général, leur engagement s'étend sur des périodes brèves ou sont sporadiques.	Les éducateurs sont choisis sur la base de critères spécifiques. 20-30 éducateurs sont généralement recrutés à la fois. Ils ont des tâches spécifiques à accomplir. Ils sont engagés pour de brèves périodes (6-8 mois)	Les conseillers sont sélectionnés de façon minutieuse. Dans de nombreux cas, ils sont rémunérés. Ils constituent une équipe hautement qualifiée. Ils sont appelés à faire preuve d'un niveau d'engagement très élevé sur une longue période.
<b>Formation</b>	De brèves sessions d'information ou de motivation suffisent	Ateliers intensifs de courte durée ou cours de recyclage	Formation de longue durée et intensive

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 4.4 : (Notes pour le modérateur) Soyons créatifs !

---

#### **GROUPE VISE**

Personnel de terrain.

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- de décrire les principales caractéristiques d'un message d'IEC sensible sur le plan culturel.

#### **DUREE**

60-90 minutes, selon le nombre de participants.

#### **METHODE**

Répartir les participants en petits groupes.

Introduire le thème.

Distribuer les exemplaires des Notes pour le participant pour le présent exercice et donner aux groupes 45 minutes pour préparer leurs exposés. Ensuite, inviter chaque groupe à présenter son message.

A défaut, cette tâche peut être assignée aux participants avant une pause, par exemple à la fin de la session du matin ou le soir, si l'atelier continue le lendemain.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 4.4 : (Notes pour le participant)

### Soyons créatifs !

---

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, vous serez en mesure :

- de décrire les principales caractéristiques d'un message d'IEC sensible sur le plan culturel.

#### **DUREE**

60-90 minutes, selon le nombre de participants.

#### **METHODE**

Lire l'extrait suivant tiré de "Santé génésique dans les situations de réfugiés – Un manuel pratique inter-institutions" :

- **Conception des messages d'IEC.** Un bon message est court, précis et pertinent. Il doit être diffusé dans la langue des groupe vise, et il faut utiliser le vocabulaire approprié pour cet auditoire. Le ton du message peut être humoristique, didactique, autoritaire, rationnel ou effrayant sur le plan émotionnel. Il peut être conçu en tant qu'appel unique ou en tant que renforcement répétitif. Il est souvent nécessaire de concevoir plusieurs versions d'un message selon les auditoires cibles. Par exemple, les informations relatives aux services de contraception qui sont pertinentes pour les femmes qui ont déjà trois ou quatre enfants ne le sont pas nécessairement pour les jeunes filles qui commencent à peine à être actives sur le plan sexuel. Leurs besoins et priorités sont différents et, en conséquence, les matériels d'IEC utilisés pour chaque groupe doivent être différents. Ne pas oublier de vérifier s'il existe des matériels dans le pays hôte ou dans le pays d'origine.
- **Déterminer les méthodes et les canaux de communication appropriés.** Une fois l'auditoire identifié et étudié et les messages clés choisis, il convient de décider des médias et des combinaisons de canaux d'information permettant d'atteindre le groupe cible. Les canaux diffèrent selon les tâches qu'ils accomplissent et chacun d'eux comporte ses forces et ses faiblesses selon le rôle qu'il joue dans le programme de communication. De nombreux facteurs influent sur le choix des messages et des médias, notamment le coût, les niveaux d'alphabétisation, le style artistique au sein de la communauté, la familiarité avec un média particulier et son degré de pénétration tant pour les prestataires de services que pour les utilisateurs et la disponibilité.

La conception et l'affinement des messages et le choix du canal ou du moyen de communication sont indissociables. Des messages très différents seront conçus pour différents médias – par exemple, la radio, les affiches ou les tableaux-papier – dans la mesure où la nature du média influe sur les messages qui peuvent être utilisés de façon réussie. Les aptitudes de ceux qui utilisent les matériels doivent être également prises en considération. Il peut être parfaitement nécessaire d'assurer la formation de ceux-ci. Par exemple, une chose est de coller une image unique ou une affiche sur le mur d'un dispensaire que beaucoup de personnes pourraient regarder ou ne pas regarder et une autre est d'utiliser une série d'images sous forme de tableau-papier comme outil d'éducation dans le cadre d'un groupe.

**EN TENANT COMPTE DES DIRECTIVES CI-DESSUS :**

- concevoir un message qui aidera les adolescentes à se protéger et les informera au sujet des grossesses précoces et des grossesses non désirées ;
- décider des groupes visés ;
- décider de votre canal de communication (en tenant compte des contraintes liées à la situation de l'atelier) ;
- travailler ensemble pour "produire" ce message en utilisant le canal de communication que vous avez choisi.

Une fois cette tâche accomplie, chaque groupe doit présenter son message à l'ensemble du groupe aux fins de commentaires et de feed-back.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 5.1 : (Notes pour le modérateur)

#### Etude de cas : Avortements à risque

---

#### **GROUPE VISE**

Coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- d'expliquer pourquoi les adolescentes pourraient recourir à des pratiques d'avortement à risque ;
- de concevoir des messages clés et des informations susceptibles de protéger et informer les jeunes au sujet des risques liés aux pratiques d'avortement à risque ;
- d'évaluer les différentes approches permettant d'aborder les jeunes susceptibles de recourir à des pratiques d'avortement à risque.

#### **DUREE**

45 minutes

#### **METHODE**

Répartir les participants en petits groupes dont les membres ont des rôles et responsabilités professionnelles similaires, dans la mesure du possible.

Distribuer des exemplaires des Notes pour le participant pour l'**Exercice 5.1** et inviter les participants à faire l'exercice.

Réunir les participants en session plénière et, à l'aide du tableau-papier, résumer les messages clés que les groupes individuels ont mis au point.

#### **RESSOURCE**

#### **Notes pour le participant pour l'Exercice 5.1**

Feuille de tableau-papier.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 5.1 : (Notes pour le participant)

#### Etude de cas : Avortements à risque

---

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, vous serez en mesure :

- d'expliquer pourquoi les adolescentes pourraient recourir à des pratiques d'avortement à risque ;
- de concevoir des messages clés et des informations susceptibles de protéger et informer les jeunes au sujet des risques liés aux pratiques d'avortement à risque ;
- d'évaluer les différentes approches permettant d'aborder les jeunes susceptibles de recourir à des pratiques d'avortement à risque.

#### **DUREE**

45 minutes

#### **METHODE**

Vous êtes appelés à travailler en petits groupes. Lisez l'étude de cas ci-après et discutez des réponses aux questions qui sont indiquées après.

Vous êtes un agent de terrain et vous travaillez dans un camp de réfugiés. Un jour, pendant que vous menez vos activités de routine dans le camp, une jeune fille réfugiée vous aborde et vous demande si vous pouvez l'aider. Elle vous dit qu'elle est très triste et ne sait pas quoi faire. Elle vous explique qu'il y a deux mois, elle a été violée par un groupe de jeunes. Vous vous entretenez longuement avec elle et elle vous apprend que récemment, elle a pris des médicaments qu'elle a achetés chez un tradipraticien au niveau local, espérant que cela provoquerait un avortement. Mais, elle est très malade et ressent des douleurs.

Au sein de votre groupe, discutez des questions suivantes :

- Selon votre expérience personnelle, à quelle fréquence ce type d'événement se produit-il ?
- Dans quelles autres situations une adolescente pourrait-elle essayer de provoquer un avortement ?
- Quels messages et informations clés permettraient de protéger et/ou informer les jeunes filles des risques liés aux pratiques d'avortement à risque ?
- Que feriez-vous pour cette fille dans cette situation ?

Action for the Rights of Children (ARC)

Organiser une brève session plénière afin de permettre à chaque groupe de partager ses messages clés avec les autres.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 5.2 : (Notes pour le modérateur) IST et VIH/SIDA : Caractéristiques d'un programme d'éducation réussi

---

#### **GROUPE VISE**

Administrateur supérieur ; coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

#### **OBJECTIFS**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- d'expliquer les informations élémentaires clés concernant les IST, notamment le VIH/SIDA ;
- d'identifier les caractéristiques qui sont essentielles pour l'élaboration d'un programme d'éducation efficace concernant les IST et le VIH/Sida.

#### **DUREE**

60 minutes

#### **METHODE**

Répartir les participants en groupes de 3 à 4 personnes. A l'aide des **Notes d'orientation pour le Thème 5, Section 5.1**, introduire le thème des IST et du VIH/SIDA et les messages clés pour les enfants et les jeunes concernant ces affections.

Introduire l'exercice en demandant aux participants d'étudier les caractéristiques inhérentes à un programme d'éducation concernant les IST et le VIH/Sida. Souligner que les "programmes efficaces sont ceux qui ont une incidence positive sur le comportement en ce qui concerne les relations sexuelles, l'abus des drogues et la non-discrimination – et pas uniquement l'amélioration des connaissances et le changement d'attitude des élèves" (tiré de "Learning and Teaching about AIDS at School" (Apprendre au sujet du Sida et l'enseigner à l'école), UNAIDS Technical Update October 1997.

Prévoir 30 minutes pour l'exercice. Session plénière.

Distribuer la **Liste de contrôle** qui figure à la suite du présent exercice.

#### **RESSOURCE**

Feuille de tableau-papier et marqueurs.

Notes pour le participant pour l'**Exercice 5.2**.

## Liste de contrôle

Extrait adapté de "Apprendre au sujet du Sida et l'enseigner à l'école". UNAIDS Technical Update, October 1997.

Les programmes efficaces sont ceux qui ont une incidence positive sur le comportement en ce qui concerne les relations sexuelles, l'abus des drogues et la non-discrimination – et pas uniquement l'amélioration des connaissances et le changement d'attitudes des élèves. Il a été démontré que les programmes efficaces atteignent tous les objectifs ci-après :

- mettre l'accent sur les aptitudes psychosociales – en particulier en ce qui concerne la prise de décision, la négociation et la communication – avec le double objectif de retarder le premier rapport sexuel et d'encourager les rapports sexuels protégés ;
- se concentrer sur le risque personnalisé par le truchement d'un jeu de rôle et de discussions appropriées ;
- discuter en profondeur des conséquences éventuelles des rapports sexuels non protégés et – toujours en termes tout aussi clairs – des voies et moyens d'éviter ces conséquences ;
- indiquer où solliciter de l'aide et du soutien auprès des pairs, du personnel scolaire, des membres de la communauté et des établissements extérieurs ;
- mettre l'accent sur le fait que les aptitudes utiles pour l'autoprotection contre les IST et le VIH aident également à renforcer la confiance en soi et à éviter les grossesses non désirées, les sévices sexuels et l'abus des substances (notamment le tabac et l'alcool) ;
- renforcer les valeurs, les normes et le soutien du groupe de pairs pour l'adoption et le maintien d'un comportement sain et la résistance aux comportements à risque.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Exercice 5.3 :

### Grossesses précoces/non planifiées

---

#### **GROUPE VISE**

Administrateur supérieur ; coordonnateur de secteur ; personnel de terrain.

#### **OBJECTIF**

A la fin du présent exercice, les participants seront en mesure :

- d'expliquer les risques liés aux grossesses précoces pour les enfants et les jeunes ;
- de concevoir une série de messages de prévention clés pour les enfants et les jeunes concernant les grossesses précoces/non planifiées.

#### **DUREE**

45 - 60 minutes

#### **METHODE**

Procéder à une brève introduction du thème à l'aide des **Notes d'orientation pour le Thème 5.**

Répartir les participants en groupes de trois/quatre personnes.

Préciser que le but de l'exercice consiste à concevoir des messages clés pour les enfants et les jeunes concernant la prévention des grossesses précoces ; et que pour concevoir ces messages, les participants doivent être pleinement conscients des conséquences physiques et sociales des grossesses précoces.

Inviter les participants à partager leurs connaissances et expériences personnelles du sujet au sein de leurs groupes, sous les chapitres ci-après :

- Complications obstétricales et connexes des grossesses ;
- Mortalité maternelle ;
- Mortalité infantile et juvénile ;
- Risques sociaux et économiques.

Réunir les participants en session plénière afin de recueillir et résumer ces informations (se référer aux Notes d'orientation).

Au sein des mêmes groupes, demander aux participants de concevoir des informations/messages de prévention clés pour les enfants et les jeunes sur un

tableau-papier. Organiser une session plénière finale afin de permettre aux différents groupes de partager les conclusions de leur travail avec l'ensemble du groupe.

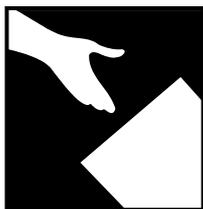
## **RESSOURCE**

Feuilles de tableau-papier et marqueurs.

**Transparent 5.2.**

## Santé sexuelle et génésique

---



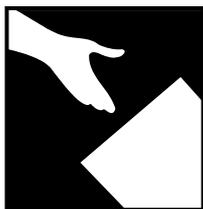
### Documents d'appui

---

<a href="#">3.1</a>	Résumé des droits en matière de santé génésique
<a href="#">4.1</a>	Mise en place des programmes d'information et de communication
<a href="#">4.2</a>	Importance de la participation communautaire
<a href="#">5.1</a>	Qu'est-ce que le VIH et le SIDA ?
<a href="#">5.2</a>	Qu'est-ce que la mutilation génitale féminine ?

## Santé sexuelle et génésique

---



### Document d'appui 3.1 :

## Résumé des droits à la santé génésique

---

### **INSTRUMENTS UNIVERSELS**

#### **Droit à la santé et aux services de soins de santé**

##### Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, Article 6.1

Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.

##### Article 24

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

- a) réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;
- b) assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ;
- c) lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ;
- d) assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ;
- e) faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ;
- f) développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Déclaration universelle des droits de l'homme (DHDH) de 1948, Article 25.1

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux.

Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR) de 1966, Article 12

1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :

- a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;
- b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;
- c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;
- d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

**Définition de la santé génésique et sexuelle**

L'ICPD du Caire, Programme d'action de 1994, paragraphe 7.1

La santé génésique est un état de bien-être physique, mental et social complet et pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité, pour toutes les questions relatives au système reproductif. La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être sexuel, de façon à enrichir et à renforcer la personnalité, la communication et l'amour et, par conséquent, la notion de santé sexuelle suppose une approche positive de la sexualité humaine...

**Choix relatifs à la reproduction**

L'ICPD du Caire, Programme d'action de 1994, paragraphe 7.2

La pierre angulaire de [la santé sexuelle et génésique] est la reconnaissance du droit de tous les couples et individus à décider librement et de façon responsable du nombre, de l'espacement et de la période de la naissance de leurs enfants, ainsi que de disposer des informations et des moyens nécessaires pour le faire, [et le droit de jouir du niveau le plus élevé possible de santé sexuelle et génésique]. Il comprend également le respect du [corps humain tel que stipulé dans les documents de droits humains, et le droit des couples et des individus à prendre des décisions concernant leur reproduction, à l'abri de toute discrimination, coercition et violence.

Convention relative aux droits des enfants de 1989, Article 34 a)

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en

particulier toutes les mesures appropriées sur les plans nationaux, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale ; ...

### **Planification familiale**

Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, Article 24.2 f)

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) de 1979, Article 12.1

1. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.

### **Mariage**

Déclaration universelle des droits de l'homme (DHDH) de 1948, Article 16.1

1. A partir de l'âge nubile, l'homme et la femme, sans aucune restriction quant à la race, la nationalité ou la religion, ont le droit de se marier et de fonder une famille. Ils ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution.

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) de 1979, Article 16 (1)

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans toutes les questions découlant du mariage et dans les rapports familiaux et, en particulier, assurent, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme :

- a) Le même droit de contracter mariage ;
- b) Le même droit de choisir librement son conjoint et de ne contracter mariage que de son libre et plein consentement ; ...

Convention relative au consentement au mariage, à l'âge minimum et à l'enregistrement des mariages de 1962, Article 1

1. Aucun mariage ne pourra être contracté légalement sans le libre et plein consentement des deux parties, ce consentement devant être exprimé par elles en personne, en présence de l'autorité compétente pour célébrer le mariage et de témoins, après une publicité suffisante, conformément aux dispositions de la loi.

### Article 2

Les Etats parties à la présente Convention prendront les mesures législatives nécessaires pour spécifier un âge minimum pour le mariage. Ne pourront contracter légalement mariage les personnes qui n'auront pas atteint cet âge, à moins d'une dispense d'âge accordée par l'autorité compétente pour des motifs graves et dans l'intérêt des futurs époux.

## **Droit à la protection familiale**

Convention internationale sur les droits civiques et politiques (ICCPR) de 1966, Article 23.1

La famille est l'unité de groupe naturelle et fondamentale de la société et a droit à la protection de la société et de l'Etat.

## **Maternité sans risque**

Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, Article 24.2 d)

Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR) de 1966, Article 25.2

La mère et l'enfant ont droit à des soins et à une assistance spéciale.

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) de 1979, Article 12.2

Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les Etats parties fournissent aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.

## **Réduction de la mortalité juvénile et infantile**

Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, Article 24.2 a)

Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR) de 1966, Article 12.2 a)

## **Protection contre le VIH/Sida**

Principes directeurs internationaux sur le VIH/Sida et les droits humains, 1996

Principe directeur No. 6

Les Etats devraient promulguer des lois régissant... les informations liées au VIH de façon à assurer un large accès à des mesures et services préventifs de qualité et à des informations adéquates sur la prévention et le traitement...

Principe directeur No. 8

Les états devraient, en collaboration avec la communauté et par son intermédiaire, promouvoir un environnement incitatif et habilitant pour les femmes, les enfants et les autres groupes vulnérables, en s'attaquant aux inégalités et préjugés enracinés par le biais d'un dialogue communautaire, de services sanitaires et sociaux spécialement conçus à cette fin et d'un appui aux groupes communautaires.

## **Nutrition**

Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, Article 24.2. c)

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) de 1979, Article 12.2

Plateforme d'action, Conférence de Beijing, 1995

Paragraphe 93

La discrimination à l'encontre des filles, découlant souvent de la préférence pour

le fils, en ce qui concerne l'accès à la nutrition et aux services de soins de santé menace leurs santé et bien-être actuels et futurs.

## **Education**

Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, Article 24.2 e)

## **Protection contre les pratiques traditionnelles néfastes**

Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, Article 24.3

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) de 1979, Article 5 a)

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour :

a) Modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes ;...

## **INSTRUMENTS REGIONAUX**

Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981, OUA

### Article 16

1. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.
2. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.

### Article 18.1

1. La famille est l'élément naturel et la base de la société. Elle doit être protégée par l'Etat qui doit veiller à sa santé physique et morale.

Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant de 1990, OUA

### Article 14 : Santé et services médicaux

1. Tout enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mental et spirituel possible.
2. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à poursuivre le plein exercice de ce droit, notamment en prenant les mesures aux fins ci-après :
  - a) réduire la mortalité prénatale et infantile,
  - b) assurer la fourniture de l'assistance médicale et des soins de santé nécessaires à tous les enfants, en mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaires,
  - c) assurer la fourniture d'une alimentation adéquate et d'eau potable,
  - d) lutter contre la maladie et la malnutrition dans le cadre des soins de santé primaires, moyennant l'application des techniques appropriées,

#### Action for the Rights of Children (ARC)

- e) dispenser des soins appropriés aux femmes enceintes et aux mères allaitantes,
- f) développer la prophylaxie et l'éducation, ainsi que les services de planification familiale,
- g) intégrer les programmes de services de santé de base dans les plans de développement national,
- h) veiller à ce que tous les secteurs de la société, en particulier les parents, les dirigeants de communautés d'enfants et les agents communautaires soient informés et encouragés à utiliser les connaissances alimentaires en matière de santé et de nutrition de l'enfant : avantages de l'allaitement au sein, hygiène et hygiène du milieu et prévention des accidents domestiques et autres,
- i) associer activement les organisations non gouvernementales, les communautés locales et les populations bénéficiaires à la planification et à la gestion des programmes de services de base pour les enfants,
- j) soutenir, par des moyens techniques et financiers, la mobilisation des ressources des communautés locales en faveur du développement des soins de santé primaires pour les enfants.

#### Convention européenne pour la protection des droits humains et des libertés fondamentales, 1950

##### Article 8 – Droit au respect de la vie privée et de la vie familiale

1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

##### Article 12 – droit au mariage

A partir de l'âge nubile, l'homme et la femme ont le droit de se marier et de fonder une famille selon les lois nationales régissant l'exercice de ce droit.

#### Convention américaine sur les droits humains, Pacte de San Jose de 1969

##### Article 17. Droits de la famille

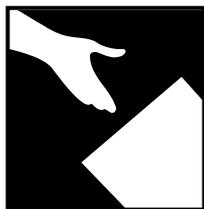
1. La famille est l'élément naturel et fondamental de la société ; elle doit être protégée par la société et par l'Etat.

2. Le droit de se marier et de fonder une famille est reconnu à l'homme et à la femme s'ils ont l'âge requis et réunissent les conditions exigées à cet effet par les lois nationales, dans la mesure où celles-ci ne heurtent pas le principe de la non-discrimination établi dans la présente Convention.

3. Le mariage ne peut être conclu sans le libre et plein consentement des parties.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Document d'appui 4.1 :

## Mise en place des programmes d'information et de communication

---

La première et la plus importante étape concerne l'évaluation des besoins.

De façon optimale, une personne qui a de l'expérience en matière de prestation de services de santé génésique aux adolescents et de situations de réfugiés doit participer à l'évaluation des besoins et à la planification des programmes. Des jeunes doivent être identifiés le plus rapidement possible afin de participer à la conception des programmes et, en définitive, jouer un rôle de leadership. Des informations doivent être collectées concernant les points ci-après :

- les normes culturelles concernant les relations sexuelles et les rites du passage à l'âge adulte ;
- les normes/pratiques/perceptions/attitudes courantes des adolescents en ce qui concerne le sexe ;
- les caractéristiques typiques de l'autorité des adultes sur le comportement des adolescents dans le camp ;
- la description des services mis à la disposition des jeunes (et les restrictions en vigueur) et la mesure dans laquelle cette disponibilité est comprise par les jeunes et les adultes dans le camp ;
- les perceptions du personnel/prestataires de services du camp concernant la mise à la disposition des jeunes des services de santé génésique ;
- les perceptions que les jeunes ont de leurs besoins de santé génésique.

Ces informations peuvent être collectées par le truchement des registres du camp, d'interviews et de discussions de groupes focus et éventuellement grâce aux techniques d'enquête, aux évaluations participatives rapides, etc.

Toutefois, il est nécessaire, en général, d'utiliser des méthodes plus formelles pour procéder à une évaluation approfondie des besoins. Les discussions de groupes focus, les interviews individuelles et les enquêtes sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques (CACP) peuvent s'avérer être des moyens précieux de collecter les informations et de favoriser la mise au point de matériels et de messages en vue d'appuyer une intervention d'IEC. Ce n'est qu'une fois que l'on a une idée précise des connaissances, attitudes et comportements de la communauté de réfugiés concernant la santé génésique que l'on peut déterminer les programmes et les messages qui pourraient être les mieux adaptés à leurs besoins.

Les activités et les messages d'IEC doivent reposer sur des études pertinentes effectuées en utilisant des méthodes quantitatives (combien) et qualitatives (pourquoi et comment). Les études et les discussions doivent être considérées

comme faisant partie intégrante de la planification et de l'exécution du programme d'IEC.

## **METHODES QUANTITATIVES**

- Utiliser l'incidence ou la prévalence du moment des problèmes cibles.
- Les enquêtes sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques (CACP) utilisent une série de questions ouvertes et fermées pour déterminer ce que les populations au sein d'une communauté savent, pensent, croient ou font, eu égard à leur santé génésique. Les conclusions sont présentées sous forme de pourcentages des personnes qui ont une pensée donnée ou qui accomplissent une action donnée. Ces enquêtes nécessitent de nombreux sondés choisis au hasard au sein de la communauté. Des enquêteurs sont nécessaires pour mener l'enquête et il faut les former. En général, cette méthode est perçue comme onéreuse et nécessitant beaucoup de temps.

## **METHODES QUALITATIVES**

- Les **interviews individuelles** permettent au chercheur d'avoir une connaissance plus approfondie des pensées et des sentiments d'une personne. A l'aide d'un guide d'interview, l'enquêteur et le sondé discutent de long en large des sentiments de ce dernier concernant un service ou une question spécifiques.
- Les **groupes focus** ont des discussions approfondies, qui durent en général 1 à 2 heures, avec un petit groupe de personnes. Les membres du groupe focus doivent avoir quelque chose en commun (âge, sexe, expérience), en espérant que cela leur permettra de communiquer plus facilement. Ils représentent le groupe cible dans la mesure où ils sont choisis de façon délibérée. Cette approche vise à veiller à ce que les différents groupes au sein de la communauté soient représentés au sein du groupe focus ou que plusieurs groupes focus soient organisés avec des membres issus des différents secteurs de la communauté. Les discussions sont conduites par un modérateur qui suit un guide préparé à l'avance et qui lui permet d'explorer les pensées et les sentiments des membres du groupe. Ils sont considérés en général comme avantageuses du point de vue coût-efficacité, car de nombreuses personnes sont appelées à exprimer leurs opinions à un même moment dans le temps. Les conclusions sont présentées sous forme de commentaires ou d'extraits d'interviews, qui illustrent ce que les populations pensent de leur comportement ou les raisons pour lesquelles elles entreprennent une activité donnée.

Les informations recueillies par le truchement de l'évaluation des besoins à laquelle vous procédez constituent le cadre de l'élaboration d'une activité d'IEC adaptée. Tous les matériels et activités doivent toujours être sensibles et appropriés sur le plan culturel. Si les matériels produits dans le pays d'origine ou dans le pays hôte sont disponibles, ils peuvent être utilisés. Les points ci-après constituent les principales étapes à suivre pendant la mise au point d'un projet.

- **La fixation du but** : il s'agit d'une déclaration générale de ce que vous voulez accomplir.

- **La fixation des objectifs** : ceux-ci contribueront à la réalisation du but.
- **La conception des activités** : celles-ci constituent le contenu du programme d'IEC qui permettra d'atteindre vos objectifs et contribuera à la réalisation du but.
- **L'établissement d'un plan d'évaluation** : ceci comprendra des indicateurs de réussite qui détermineront le niveau de réalisation des objectifs. Plus les objectifs seront précis, plus il sera facile de définir les indicateurs.
- Une fois les indicateurs définis, l'évaluation et le suivi du projet sont faciles.
- **La conception des messages d'IEC**. Un bon message est court, précis et pertinent. Il doit être diffusé dans la langue des groupe vise et utiliser le vocabulaire approprié pour cet auditoire. Le ton du message peut être humoristique, didactique, autoritaire, rationnel ou effrayant sur le plan émotionnel. Il peut être conçu en tant qu'appel unique ou en tant que renforcement répétitif. Il est souvent nécessaire de concevoir plusieurs versions d'un message selon les auditoires cibles. Par exemple, les informations concernant les services de contraception pertinentes pour les femmes qui ont déjà trois ou quatre enfants ne le sont pas nécessairement pour les jeunes filles qui commencent à peine à être actifs sur le plan sexuel. Leurs besoins et priorités sont différents, par conséquent, les matériels d'IEC utilisés pour chaque groupe doivent être différents. Ne pas oublier de vérifier s'il existe des matériels dans le pays hôte ou dans le pays d'origine.
- **Le test préalable** : souvent répété, il constitue une composante essentielle de la conception des messages. C'est à travers le test préalable que vous veillerez à ce que les populations comprennent le message tel que conçu.
- **La détermination des méthodes et des canaux de communication adéquats** : une fois l'auditoire identifié et étudié et les messages clés choisis, il convient de décider des médias et des combinaisons de canaux d'information permettant d'atteindre le groupe cible. Les canaux diffèrent selon les tâches qu'ils accomplissent et chacun d'eux comporte ses forces et ses faiblesses selon le rôle qu'il joue dans le programme de communication. De nombreux facteurs influent sur le choix des messages et des médias, notamment le coût, les niveaux d'alphabétisation, le style artistique au sein de la communauté, la familiarité avec un média particulier et son degré de pénétration tant pour les prestataires de services que pour les utilisateurs et la disponibilité.
- La conception et l'affinement des messages et le choix du canal ou du moyen de communication sont indissociables. Des messages très différents seront conçus pour différents médias – par exemple, la radio, les affiches ou les tableaux-papier – dans la mesure où la nature du média influe sur les messages qui peuvent être utilisés de façon réussie. Les aptitudes de ceux qui utilisent les matériels doivent être également prises en considération. Il peut être parfaitement nécessaire d'assurer la formation de ceux-ci. Par exemple, une chose est de coller une image unique ou une affiche sur le mur d'un dispensaire que beaucoup de personnes pourraient regarder ou ne pas regarder, et une autre est d'utiliser une série d'images sous forme de graphique à découper comme outil d'éducation dans le cadre d'un groupe.
- **L'évaluation** : une évaluation d'impact sera nécessaire pour mesurer l'efficacité des matériels utilisés et distribués. Les évaluations peuvent se faire

à l'aide des interviews et discussions de groupes ou par le biais de l'observation.

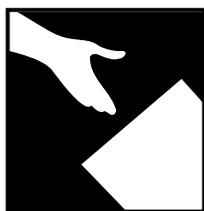
## **AUTRES INDIVIDUS ET GROUPES COMMUNAUTAIRES**

Outre la communication avec les utilisateurs de services, il est nécessaire d'instaurer un dialogue avec les individus et les groupes influents au sein de la communauté. Ces individus et groupes doivent être identifiés dès que possible. La nature et l'intention qui sous-tendent la prestation des services doivent leur être expliquées et leurs préoccupations et priorités identifiées. Il ne faut jamais supposer que tous les réfugiés (même ceux qui "viennent" du même endroit) sont les mêmes. Certains indices permettant d'identifier ces individus et groupes sont indiqués ci-après :

- **se familiariser avec la communauté** grâce à l'aide d'une personne vivant dans le même environnement que les réfugiés et qui leur fournit certains services, conseils ou protection ;
- **identifier les individus qui sont les plus importants** au sein de la structure sociale de la communauté avec laquelle vous travaillez. Il peut exister des responsables officiels (élus ou désignés), mais le plus souvent, il s'agit de responsables non officiels ;
- **identifier les individus qui ont de l'influence au sein de la communauté** – des personnes dont les opinions sont respectées. Ceux-ci feront des suggestions concernant la manière d'aborder les populations et de travailler de façon efficace avec elles ;
- **fournir à ces individus des informations très claires** concernant vos intentions et ce que vous envisagez de faire. Il est nécessaire d'être précis en ce qui concerne les avantages qu'ils tireront de leur participation et de la facilitation de votre accès à la communauté ;
- **leur fournir des éléments de vos projets** avant de poursuivre les activités et s'assurer de leur désir de participer.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Document d'appui 4.2 :

## Importance de la participation communautaire

---

Au sein d'une communauté donnée, il existe toujours une structure sociale. Dans cette structure sociale, il existe des leaders d'opinion qui ont de l'influence sur la communauté en général. Ils jouent un rôle clé en ce qui concerne l'information de la communauté et ils peuvent freiner ou appuyer les initiatives qui les touchent. Il est important de les reconnaître et de s'assurer de leur disposition à participer et à assurer l'accès à la communauté. Ces personnes peuvent fournir des informations concernant :

- les problèmes qui existent au sein des camps ;
- les leaders d'opinion dont les idées sont respectées ;
- le processus d'entrée dans la communauté ;
- les caractéristiques culturelles de la communauté vivant dans les camps ;
- les services informels qui sont utilisés par les jeunes pour les questions inhérentes à leur santé génésique ;
- les ressources humaines disponibles, en particulier en ce qui concerne la formulation de messages acceptables sur le plan culturel.

### **Les jeunes eux-mêmes**

Une jeune personne dans un camp de réfugiés ne constitue pas uniquement une source de problèmes, mais également une ressource potentielle importante si elle reçoit le soutien et l'opportunité nécessaires. La plupart des jeunes ne sont pas enclins à être différents des autres. Ils n'aiment pas attirer l'attention sur eux en demandant de l'aide ou en participant à des activités auxquelles ils n'ont pas été invités à participer. Par exemple, ils peuvent essayer de provoquer une grossesse ou un avortement en demandant de l'aide à un ami ou faire de l'automédication pour une IST. Par conséquent, il est important de les associer à :

- la planification ;
- l'exécution ;
- l'évaluation.

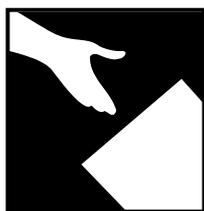
Ceci permet d'assurer la pertinence, l'engagement et la spécificité culturelle de toute activité liée à la santé génésique qui les affecte. Autant il est nécessaire de donner aux jeunes un niveau plus élevé de contrôle des services qui leur sont fournis, autant il est important de comprendre qu'ils ne sont pas en mesure de faire seuls ce qu'il faut. Ils ont besoin de le faire dans le cadre d'un partenariat avec ceux qui planifient les activités pour eux.

### **Autres organisations**

Les initiatives qui ciblent les jeunes. Différentes autres organisations travaillant dans les camps de réfugiés peuvent apporter leur contribution aux activités en faveur des adolescents et des enfants en leur apportant une assistance spécialisée, le cas échéant.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Document d'appui 5.1 :

### Qu'est-ce que le VIH et le SIDA ?

---

**Le VIH est le virus qui provoque le Sida.** Le Sida réduit la capacité du corps à lutter contre les autres maladies. Les personnes qui ont le VIH/Sida contractent très facilement certaines maladies, notamment la pneumonie, la tuberculose et la diarrhée. La plupart des personnes qui ont le Sida meurent de maladies contre lesquelles leurs corps ne peuvent plus lutter.

#### **UNE PERSONNE QUI NE SEMBLE PAS MALADE PEUT MALGRE TOUT TRANSMETTRE LE VIH A D'AUTRES PERSONNES**

Une personne peut avoir le VIH pendant des années avant que les symptômes de la maladie n'apparaissent.

Les autres IST accroissent la possibilité pour une personne de contracter le VIH ou de le transmettre à d'autres personnes. Les personnes qui ont des IST doivent rechercher le traitement et, si possible, subir le test VIH et se faire conseiller.

#### **COMMENT LE VIH EST-IL TRANSPORTE ET TRANSMIS ?**

Le VIH est transporté dans les liquides du corps. Les plus importants sont :

- le sperme ;
- le sang ;
- le liquide vaginal.

Le VIH peut se transmettre par les canaux ci-après :

- les rapports sexuels vaginaux ;
- les rapports sexuels anaux ;
- le partage des aiguilles hypodermiques intraveineuses avec une personne infectée ;
- les transfusions de sang infecté ;
- les autres activités qui permettent au sperme, au sang ou au liquide vaginal d'entrer dans la bouche, l'anus ou le vagin ou de toucher une plaie ou un bouton ouverts ;
- le virus peut se transmettre pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement au sein. En l'absence de mesures préventives, lorsqu'aucun médicament n'est administré et le bébé est allaité essentiellement au sein pendant 24 mois par sa mère séropositive, le risque d'infection se situe en général autour de 30 à 35 %. Le risque de transmission du VIH par le

truchement de l'allaitement au sein dépend de la durée de l'allaitement et pourrait atteindre 20 % (si la mère allaite pendant plus de 24 mois et/ou a une charge virale très élevée et/ou est à un stade très avancé du Sida). Lorsque cela est sûr et faisable, une alimentation de remplacement doit être recommandée. Mais, pour les femmes séropositives qui ne disposent pas de solution de rechange à l'allaitement au sein, il est recommandé d'utiliser l'allaitement au sein exclusif pendant les premiers mois de la vie. Il est essentiel d'arrêter l'allaitement au sein exclusif rapidement lorsqu'on introduit les aliments de sevrage.

Le VIH n'est **pas** transmis par le baiser, les poignées de mains ou le partage de la nourriture, des habits ou des toilettes.

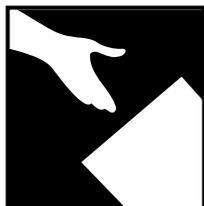
### **COMMENT EVITER LE VIH/SIDA**

Le VIH/Sida peut être évité de la même manière que les autres IST ; en suivant les points ABCD.

- A** L'**A**bstinence lorsque les rapports sexuels ne sont pas protégés.
- B** Etre informé sur la manière de se protéger.
- C** Consulter quelqu'un en qui vous avez confiance au sujet des risques.
- D** **N**e pas utiliser une aiguille hypodermique qui n'a pas été stérilisée ou trempée dans de l'eau de Javel.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Document d'appui 5.2 :

## Qu'est-ce que la mutilation génitale féminine ?

---

### **DEFINITION, CLASSIFICATION ET DESCRIPTION (OMS)**

La mutilation génitale comprend toutes les procédures qui supposent l'ablation partielle ou totale des parties extérieures de l'appareil génital féminin et/ou la mutilation des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou toutes autres raisons non thérapeutiques.

### **CLASSIFICATION DE L'OMS**

**Type I :** Ablation du prépuce avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris.

**Type II :** Ablation du clitoris avec excision partielle ou totale des lèvres inférieures.

**Type III :** Ablation partielle ou totale des parties extérieures de l'appareil génital et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation).

### **TYPE IV : NON CLASSIFIE**

- le perforage, le perçage ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres ;
- l'écartement du clitoris et/ou des lèvres ;
- l'introcision ;
- le raclage (sections angurya) ou la section (sections gishiri) du vagin ou du tissu environnant ;
- l'introduction de substances corrosives ou d'herbes dans le vagin ;
- toute autre procédure qui relève de la définition de la mutilation génitale féminine donnée ci-dessus.

### **CONSEQUENCES PHYSIQUES**

La mutilation génitale féminine cause de graves préjudices aux filles et aux femmes et implique souvent de graves conséquences pour leur santé. Les conséquences sur la santé dépendent de l'ampleur de la section, des aptitudes de la personne qui effectue la mutilation, de la propreté des instruments et de l'environnement, et de la condition physique de la fille ou de la femme concernée. Certaines conséquences sont immédiates, tandis que d'autres ne se manifestent que des années plus tard. Les filles et les femmes qui subissent les formes les plus sévères de mutilation courent particulièrement plus de risques de souffrir de complications graves et durables. Il existe une documentation et des études sur

les complications physiques à court et long terme décrites ci-dessous, mais peu d'études ont été effectuées sur les conséquences sexuelles ou psychologiques ou sur la fréquence avec laquelle ces complications se produisent. Le taux de mortalité des filles et des femmes qui subissent la mutilation génitale n'est pas connu, car peu de registres sont tenus à cet égard et les décès dus à la pratique sont rarement signalés.

La mutilation génitale féminine est répandue parmi les femmes issues de cultures dans lesquelles elle est pratiquée. Elle est pratiquée dans 41 pays, y compris nombre des pays d'où viennent les réfugiés, même lorsqu'elle est officiellement interdite dans ces pays. Bien qu'elle ne soit exigée par aucune religion, cette pratique est enracinée dans les traditions liées aux inégalités entre hommes et femmes et de pouvoirs profondément ancrées dans les structures politiques, sociales, culturelles et économiques des sociétés dans lesquelles elle est pratiquée. De nombreuses femmes pensent que la mutilation génitale est nécessaire pour leur santé et pour les rendre acceptables aux yeux de leur communauté. Elles ignorent que ces pratiques n'existent pas dans la plupart des pays du monde.

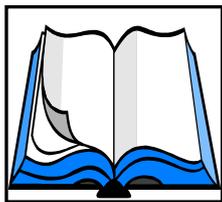
Les opérations sont effectuées, pour l'essentiel, par des villageoises et des accoucheuses traditionnelles, en général sur des filles âgées de quatre à dix ans ou plus jeunes ou, dans certaines régions, sur les jeunes filles. En général, elles se font sans anesthésie ni mesures antiseptiques. Les réfugiés pour lesquels la mutilation génitale féminine était une coutume dans le pays d'origine ont tendance à perpétuer cette pratique en exil.

Cette pratique, en particulier l'infibulation, comporte des risques extrêmes. Les conséquences persistent toute la vie de la femme et peuvent avoir de graves incidences sur sa santé génésique et son bien-être, ainsi que sur la santé de ses enfants. Les agents de santé dans les situations de réfugiés connaissent rarement les conséquences physiques, physiologiques et sociales de la mutilation génitale féminine et ne sont pas non plus toujours sensibles aux croyances culturelles qui sous-tendent la pratique.

Par conséquent, il est essentiel que le personnel de terrain sache si la mutilation génitale féminine est pratiquée au sein d'une population de réfugiés et qui est responsable de la pratique.

## Santé sexuelle et génésique

---



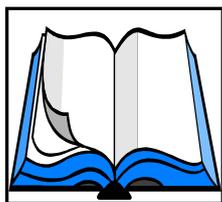
### Lectures

---

<a href="#">4.1</a>	Chapitre 2 : Santé génésique dans les situations de réfugiés – Un manuel inter-agences pratique
<a href="#">4.2</a>	Programme de santé génésique du Comité de secours international
<a href="#">5.1</a>	Apprendre au sujet du Sida et l'enseigner à l'école

## Santé sexuelle et génésique

---



### Lecture 4.1 :

## Chapitre 2 : Santé génésique dans les situations de réfugiés – Un manuel inter-agences pratique

---

Extrait de **Santé génésique dans les situations de réfugiés – Un manuel inter-institutions pratique (1999), Genève, HCR.**

# 2

## CHAPITRE DEUX

### Paquet de services minimum initial (MISP)

---

Le présent chapitre décrit une série de mesures nécessaires pour satisfaire les besoins de santé génésique des populations au début de la situation de réfugiés (qui peut être une situation d'urgence ou non). Le Paquet de services minimum initial (MISP) peut être exécuté sans une nouvelle évaluation des besoins, dans la mesure où les faits documentés justifient déjà son utilisation. Le MISP ne comprend pas que des kits d'équipements et de fournitures ; il s'agit d'une série d'activités qui doivent être exécutées de façon coordonnée par un personnel dûment formé.

**Note spéciale : le lecteur doit se référer aux chapitres pertinents du Manuel afin d'exécuter le MISP de façon adéquate.**

#### **Table des matières :**

- Objectifs du MISP
- Composantes du MISP
  - Identifier une/des organisation(s) et un/des individu(s) afin de faciliter la coordination et l'exécution du MISP
  - Prévenir et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle
  - Réduire la transmission du VIH
  - Prévenir la morbidité et la mortalité néonatales et maternelles excessives
  - Plan pour la prestation de services de santé génésique complets, intégrés dans les Soins de santé primaires, dès que possible
- Termes de référence généraux pour un Coordonnateur/Point focal de la santé génésique
- Ressources de matériels
- Suivi et surveillance

## **Paquet de services minimum initial (MISP)**

Les principales causes de décès dans les situations d'urgence de réfugiés – diarrhée, rougeole, infections respiratoires aiguës (IRA), malnutrition et paludisme, lorsqu'elles existent – sont bien documentées. Les ressources ne doivent pas être détournées des efforts visant à résoudre ces problèmes. Cependant, il existe quelques aspects de la santé génésique qui doivent également être pris en considération au cours de cette phase initiale afin de réduire la mortalité et la morbidité, en particulier chez les femmes.

Veuillez vous rappeler que les composantes du MISP constituent une exigence minimum. On s'attend à ce que des services complets, tels qu'indiqués dans le reste du présent Manuel pratique, soient mis à disposition dès que possible.

### **OBJECTIFS DU MISP**

**IDENTIFIER** une/des organisation(s) et un/des individu(s) afin de faciliter la coordination et l'exécution des MISP ;

**PREVENIR** et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle ;

**REDUIRE** la transmission en :

- veillant au respect des mesures de précaution universelles contre le VIH/Sida, et
- garantissant la disponibilité de préservatifs gratuits ;

**PREVENIR** la mortalité et la morbidité néonatales et maternelles excessives en :

- mettant à disposition des kits d'accouchement propre aux fins d'utilisation par les mères ou les accoucheuses pour promouvoir les accouchements à domicile propres ;
- mettant à disposition des kits d'accouchement pour sages-femmes (de l'UNICEF ou équivalents) afin de faciliter les accouchements propres et sûrs dans les établissements de santé ; et
- initiant la mise en place d'un système de référence afin de prendre en charge les cas d'urgence obstétricale ; et

**PLANIFIER** la prestation de services de santé génésique complets, intégrés dans les soins de santé primaires (SSP), dès que possible.

## **COMPOSANTES DU MISP**

### **Identifier une/des organisation(s) et un/des individu(s) afin de faciliter la coordination et l'exécution du MISP**

Une personne qualifiée et expérimentée doit être identifiée afin de coordonner les activités de santé génésique au début de la réponse à la situation d'urgence. La responsabilité de la nomination de cette personne incombe à l'institution chef de file, et la personne ainsi désignée est appelée à travailler sous la supervision du Coordonnateur général de la santé.

Des points focaux de la santé génésique doivent être désignés dans chaque camp, ainsi qu'au sein de chaque agence d'exécution. Ces professionnels de la santé, expérimentés en matière de santé génésique, doivent être en poste pendant une période minimum de six mois, car il est probable qu'il faille autant de temps pour mettre en place des services de santé génésique complets.

Toutes les organisations d'assistance doivent, conformément à leurs mandats et dans le cadre de la préparation et de la réponse à la situation d'urgence, former et sensibiliser leur personnel sur les questions de santé génésique et la sensibilisation aux questions d'appartenance sexuelle. (Voir Termes de référence pour le Coordonnateur de la santé génésique à la fin du présent chapitre.)

### **Prévenir et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle**

La violence sexuelle est étroitement liée aux situations de déplacement forcé de populations. Dans ce contexte, il est essentiel que tous les acteurs de la réponse à la situation d'urgence soient conscients de ce problème et que des mesures préventives soient prises. Les Principes directeurs du HCR concernant la prévention et la réponse à la violence sexuelle à l'encontre des réfugiés (1995) doivent être respectés pendant la réponse à la situation d'urgence. Par ailleurs, il est nécessaire de prendre des mesures en vue d'aider les réfugiés qui ont été victimes de violence sexuelle, notamment le viol, au début de la situation.

Les femmes qui ont été victimes de violence sexuelle doivent être référées vers les services de santé, dès que possible, après l'incident. Le personnel responsable de la protection doit également participer aux efforts visant à assurer la protection et apporter le soutien juridique nécessaire aux survivants de la violence sexuelle.

Au nombre des mesures importantes à prendre pendant la situation d'urgence en vue de limiter le risque de violence sexuelle et répondre aux besoins des survivants figurent les points ci-après :

- concevoir et implanter les camps de réfugiés, en consultation avec les réfugiés, de façon à améliorer la sécurité physique ;
- assurer la disponibilité d'un système de protection pour les femmes et d'un personnel de santé et d'interprètes ;
- inscrire les problèmes de la violence sexuelle à l'ordre du jour des réunions de coordination de la santé ;
- veiller à ce que les réfugiés soient informés de la disponibilité de services pour la prise en charge des survivants de la violence sexuelle ;
- apporter une réponse médicale aux survivants de la violence sexuelle, notamment la contraception d'urgence, le cas échéant ;
- identifier les individus ou les groupes qui pourraient être particulièrement exposés au risque de la violence sexuelle (femmes célibataires chefs de ménages, mineurs non accompagnés, etc.) et prendre en compte leurs besoins de protection et d'assistance.

Voir Chapitre quatre pour de plus amples informations sur les éléments de prévention de la réponse à la violence sexuelle.

## **Réduire la transmission du VIH**

### ***Veiller au respect des mesures de précaution universelles contre le VIH/Sida***

Les mesures de précaution universelles contre la transmission du VIH/Sida disponibles dans l'établissement de soins de santé doivent être mises en exergue pendant la première réunion des coordonnateurs de santé. Sous la pression d'une situation d'urgence, il est possible que le personnel de terrain soit tenté de prendre des raccourcis en ce qui concerne les procédures, ce qui peut compromettre la sécurité des patients et du personnel. Il est essentiel que les mesures de précaution universelles soient respectées. (Voir Chapitre cinq pour les détails concernant les mesures de précaution universelles.)

### ***Garantir la disponibilité de préservatifs gratuits***

Des préservatifs doivent être disponibles au début de la situation de façon qu'ils puissent être fournis à toute personne qui en fait la demande. Des fournitures suffisantes doivent être commandées immédiatement. (Voir Annexe 3, Chapitre cinq : Prévention et soins pour les maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH et le Sida afin de calculer le montant des fournitures de préservatifs.) Tout en fournissant les préservatifs sur demande, le personnel de terrain doit veiller à ce que les réfugiés sachent qu'ils sont disponibles et où ils peuvent se les procurer. Des préservatifs doivent être mis à disposition dans les établissements de santé, en particulier lorsque l'on traite les cas de MST. D'autres points de distribution doivent être créés de façon que ceux qui en font la demande puissent s'en procurer en privé.

## **Prévenir la morbidité et la mortalité néonatales et maternelles excessives**

### ***Mettre à disposition des kits d'accouchement propre aux fins d'utilisation par les mères ou les accoucheuses afin de promouvoir les accouchements propres à domicile***

Une population de réfugiés compte des femmes qui sont au dernier stade de leur grossesse et qui accoucheront dans les premiers moments de la situation d'urgence. Des kits d'accouchement simples à utiliser à domicile doivent être mis à disposition pour ces femmes. Il s'agit de kits très simples que les femmes elles-mêmes ou les accoucheuses traditionnelles peuvent utiliser. Ils peuvent être constitués sur le site et comprennent : du papier plastique, deux fils, une lame de rasoir propre et un morceau de savon. Ce kit est disponible également auprès du FNUAP.

Une formule fondée sur le taux brut de natalité (TBN) est utilisée pour calculer les fournitures et les services requis. Avec un TBN de trois à cinq pour cent par an, il y aurait quelque 75 à 125 accouchements au cours d'une période de trois mois au sein d'une population de 10 000 personnes. Par conséquent, on peut calculer le nombre de kits à commander.

### ***Mettre à disposition des kits d'accouchement propre pour sages-femmes (de l'UNICEF ou équivalents) afin de promouvoir les accouchements propres et sûrs dans les établissements de santé***

Au début de la situation d'urgence, les accouchements se feront essentiellement en dehors des établissements de santé, sans l'assistance d'un personnel de santé qualifié. Environ 15 pour cent des accouchements s'accompagneront de complications. Les accouchements compliqués doivent être référés au centre de

santé. L'unité supplémentaire du Nouveau kit de santé d'urgence 98 (NEHK-98) contient tous les matériels nécessaires pour assurer des accouchements sûrs et propres. De nombreux cas d'urgence obstétricale peuvent être pris en charge avec les équipements, les fournitures et les médicaments contenus dans le NEHK-98. Les complications obstétricales qui ne peuvent être prises en charge au niveau du centre de santé doivent être stabilisées avant le transfert vers l'hôpital de référence.

***Initier la mise en place d'un système de référence pour la prise en charge des cas d'urgence obstétricale***

Environ trois à sept pour cent des accouchements nécessiteront une césarienne. Les autres situations d'urgence obstétricale peuvent nécessiter une référence vers un hôpital disposant des moyens nécessaires pour prodiguer des soins obstétricaux d'urgence essentiels complets. (Se référer aux Chapitres trois et sept pour les informations relatives aux complications de la grossesse et de l'accouchement.)

Dès que la situation le permet, un système de référence qui assure la prise en charge des complications obstétricales doit être disponible aux fins d'utilisation par la population de réfugiés 24 heures sur 24. Dans la mesure du possible, un établissement de référence du pays hôte doit être utilisé et soutenu pour satisfaire les besoins des réfugiés. Si cela n'est pas possible – à cause de la distance ou de l'incapacité de l'établissement du pays hôte à satisfaire la demande accrue – un établissement de référence approprié dédié spécialement aux réfugiés doit être créé. Dans l'un ou l'autre cas, il sera nécessaire d'assurer la coordination avec les autorités du pays hôte, en ce qui concerne les politiques, procédures et pratiques à suivre au sein de l'établissement de référence. Les protocoles du pays hôte doivent être respectés, bien qu'il faille négocier certains amendements. S'assurer qu'il existe suffisamment de moyens de transport, de personnel qualifié et de matériels pour faire face aux exigences supplémentaires.

***Planifier la prestation de services de santé génésique complets, intégrés dans les soins de santé primaires, dès que possible***

Il est essentiel de planifier l'intégration des activités de soins de santé génésique dans les soins de santé primaires pendant la phase initiale de la situation d'urgence. Sinon, la prestation de ces services peut être retardée inutilement. Pendant la planification, il est important de prendre en compte les activités ci-après :

- la collecte d'informations de base sur la mortalité maternelle, infantile et juvénile, la prévalence du VIH/MST et les taux de prévalence de la contraception. Ces informations peuvent être obtenues dans le pays d'origine des réfugiés auprès de sources telles que l'OMS, le FNUAP, la Banque mondiale et les Enquêtes de santé démographiques. La collecte de ces informations peut relever de la responsabilité des sièges des agences d'exécution qui peuvent avoir un accès facile à ces données ;
- l'identification des sites appropriés pour la prestation de services de santé génésique complets (tels que décrits dans le reste du Manuel pratique). Il est important de prendre en compte les facteurs ci-après lorsqu'on choisit les sites :

- la sécurité tant au point d'utilisation que pendant le déplacement entre la maison et le point de prestation des services ;
  - l'accessibilité pour tous les utilisateurs potentiels ;
  - le caractère privé et la confidentialité pendant les consultations ;
  - la facilité d'accès aux infrastructures d'eau et d'assainissement ;
  - un espace approprié ; et
  - des conditions aseptiques ;
- il est nécessaire de procéder à une évaluation de la capacité du personnel à assurer la prestation de services de santé génésique complets et de mettre en place des plans afin de former/recycler le personnel. Les équipements et les fournitures pour les services de santé génésique complets doivent être commandés. Ceci permettra de mettre en place des services complets dès que la situation se stabilisera.

### **Termes de référence généraux pour un coordonnateur/point focal de santé génésique**

Sous les auspices du cadre de coordination de santé global, le Coordonnateur/Point focal de santé génésique doit :

- être le point focal pour les services de santé génésique, donner des conseils techniques et apporter l'assistance nécessaire en matière de santé génésique aux réfugiés et à toutes les organisations qui travaillent dans le domaine de la santé et les autres secteurs, le cas échéant ;
- servir de trait d'union avec les autorités nationales et régionales du pays hôte pendant la planification et l'exécution des activités de soins de santé génésique dans les camps de réfugiés et au sein de la population avoisinante, le cas échéant ;
- servir de trait d'union avec les autres secteurs (protection, services communautaires, gestion des camps, éducation, etc.) afin d'assurer une approche multisectorielle de la santé génésique ;
- créer/adapter et introduire des stratégies normalisées pour la santé génésique qui soient pleinement intégrées dans les soins de santé primaires ;
- organiser et coordonner différentes sessions de formation spécifiques aux auditoires sur la santé génésique (pour des auditoires tels que les agents de santé, les responsables de services communautaires, la population de réfugiés, le personnel de sécurité, etc.) ;
- introduire des protocoles normalisés pour des domaines spécifiques (notamment la prise en charge des cas de syndrome de MST, la référence des urgences obstétricales, la réponse médicale pour les survivants de la violence sexuelle, les services de conseil et de planification familiale, etc.) ;
- développer/adapter et introduire des fiches simples pour le suivi des activités de santé génésique pendant la phase d'urgence qui peuvent devenir plus globales une fois que le programme est consolidé ;
- faire rapport régulièrement à l'équipe de coordination de la santé.

## **RESSOURCES MATERIELLES**

### **Nouveau kit de santé d'urgence-98 (NEHK-98)**

Le NEHK-98 révisé (pour 10 000 personnes pendant trois mois) contient les fournitures suivantes pour l'exécution du MISp :

- les matériels pour les mesures de précaution universelles en matière de lutte contre les infections ;
- les équipements, les fournitures et les médicaments pour les accouchements dans les centres de santé ;
- les équipements, les fournitures et les médicaments pour la prise en charge de certains cas d'urgence obstétricale ; et
- les équipements, les fournitures et les médicaments pour la prise en charge après les cas de viol.

Une brochure décrivant le NEHK-98 et la manière dont il peut être commandé est disponible auprès de l'OMS.

### **Kit de santé génésique**

Un kit de santé génésique pour les situations d'urgence a été mis au point par le FNUAP, en collaboration avec d'autres institutions, aux fins d'utilisation dans les situations de réfugiés. Il complète le NEHK-98 et doit être commandé, le cas échéant, pour lancer le MISp et appuyer le système de référence. Le kit de santé génésique comprend 12 sous-kits qui peuvent être commandés séparément. Les matériels et les fournitures contenus dans les sous-kits 3 et 6 sont déjà disponibles dans le NEHK-98. Pour passer la commande des sous-kits de santé auprès du FNUAP, veuillez contacter le Directeur-pays du FNUAP dans le pays d'asile, le Bureau des secours d'urgence du FNUAP à Genève ou le Responsable des achats du FNUAP à New York. Le kit de santé génésique est censé être utilisé pendant la phase initiale de la situation d'urgence. Une fois que la situation se stabilise, l'acquisition des matériels et des fournitures de santé génésique doit se faire parallèlement à la commande des autres fournitures et médicaments du programme de santé.

Une brochure décrivant le Kit de santé génésique et la manière dont il peut être commandé est disponible auprès du FNUAP. (Voir Appendice quatre pour les adresses de contact.)

### ***Qu'est-ce que le Kit de santé génésique du FNUAP ?***

- pour l'utilisation au niveau des soins de santé primaires/centres de santé : pour une population de 10 000 personnes pendant trois mois
  0. formation et administration ;
  1. préservatifs ;
  2. kit d'accouchement propre ;
  3. prise en charge après les cas de viol ;
  4. contraceptifs oraux et injectables ;
  5. médicaments contre les MST.
- pour l'utilisation au niveau du centre de santé ou de référence : pour une population de 30 000 habitants pendant trois mois

6. kit d'accouchement pour sages-femmes professionnelles ;
  7. insertion de l'UID ;
  8. prise en charge des complications liées à l'avortement à risque ;
  9. suture des déchirures de l'utérus et du vagin ;
  10. extraction à vide.
- pour l'utilisation au niveau de référence : pour une population de 150 000 personnes pendant trois mois
    11. A. – chirurgie au niveau de référence (équipements réutilisables)
    11. B. – chirurgie au niveau de référence (consommables et médicaments)
    12. transfusion (test VIH pour la transfusion sanguine)

## **SUIVI ET SURVEILLANCE**

Au début de la situation d'urgence, une quantité limitée de données doit être recueillie afin d'évaluer l'exécution du MISP. Les informations relatives à la mortalité et à la morbidité, par âge et par sexe, doivent être recueillies de façon régulière pendant la phase initiale de la situation d'urgence. Se référer au Chapitre neuf pour de plus amples informations sur ces indicateurs.

Envisager de sélectionner les indicateurs de MISP à partir de la liste ci-après.

### **Indicateurs de MISP**

#### **+ *Incidence de la violence sexuelle***

Assurer le suivi du nombre de cas de violence sexuelle signalés aux responsables des services de santé, de protection et de sécurité.

#### **+ *Fournitures pour les mesures de précaution universelles***

Assurer le suivi de la disponibilité des fournitures pour les mesures de précaution universelles, notamment les gants, les habits de protection et l'élimination des objets tranchants.

#### **+ *Estimation de la couverture en préservatifs***

Calculer le nombre de préservatifs disponibles aux fins de distribution à la population.

#### **+ *Estimation de la couverture en kits d'accouchement propre***

Calculer le nombre de kits d'accouchement propre disponibles pour couvrir les naissances attendues au cours d'une période donnée.

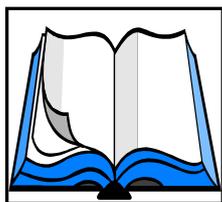
## **LISTE DE CONTROLE POUR LE MISP DE LA SANTE GENESIQUE**

- + Recueillir ou effectuer des estimations des informations démographiques de base**
  - population totale ;
  - nombre de femmes en âge de procréer ;
  - nombre d'hommes en âge de procréer ;
  - taux brut de natalité ;

- taux de mortalité spécifique à l'âge ;
  - taux de mortalité spécifique au sexe ;
  - nombre de femmes enceintes ;
  - nombre de femmes qui allaitent.
- + **Prévention et prise en charge des conséquences de la violence sexuelle et la violence fondée sur l'appartenance sexuelle**
- disponibilité de systèmes de prévention de la violence sexuelle ;
  - capacité des services de santé à prendre en charge les cas de violence sexuelle ;
  - formation (recyclage) du personnel en matière de prévention et systèmes de réponse pour les cas de violence sexuelle.
- + **Prévention de la transmission du VIH**
- disponibilité des matériels nécessaires pour une mise application adéquate des mesures de précaution universelles ;
  - achat et distribution de préservatifs ;
  - formation/recyclage des agents de santé en matière d'application des mesures de précaution universelles.
- + **Prévention de la morbidité et de la mortalité néonatales et maternelles excessives**
- disponibilité et distribution de kits d'accouchement propre ;
  - disponibilité de kits pour sages-femmes de l'UNICEF (ou équivalents) dans les centres de santé ;
  - évaluation des compétences et recyclage du personnel ;
  - système de référence opérationnel pour les urgences obstétricales.
- T **Plan pour la prestation de services de santé génésique complets**
- recueil des informations de base (mortalité, prévalence du VIH, CPR)
  - identification des sites pour la prestation future des services de santé génésique complets ;
- + **Identifier une/des organisation(s) et un/des individu(s) afin d'assurer la coordination du MISP**
- disponibilité d'un Coordonnateur général de la santé génésique opérationnel au sein de l'équipe de santé ;
  - disponibilité de points focaux de la santé génésique dans les camps et au sein des agences d'exécution ;
  - formation et sensibilisation du personnel sur les aspects techniques, culturels, éthiques, religieux et juridiques de la santé génésique et de la sensibilisation aux questions d'appartenance sexuelle ;
  - disponibilité et utilisation des matériels nécessaires pour l'exécution du MISP.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Lecture 4.2 :

## Programme de santé génésique du Comité de secours international

---

**EXTRAIT DE "COMMENT ORIENTER : SANTE GENESIQUE DANS LES SITUATIONS DE REFUGIES, EDUCATION POUR LA SANTE GENESIQUE DES ADOLESCENTS", BUREAU DU COMITE DE SECOURS INTERNATIONAL (CSI) A N'ZEREKORE, GUINEE, FEVRIER 1998.**

### **COMMENT LE PROGRAMME D'EDUCATION DU CSI EN GUINEE EST ORGANISE**

Depuis 1991, le Comité de secours international en Guinée a assuré l'éducation des réfugiés libériens et sierra léonais par le truchement d'un système scolaire formel. Le programme a démarré avec 12 000 élèves à la fin de 1990 et a atteint un chiffre record de 66 000 élèves en 1997. Jusqu'en janvier 1998, le projet continuait d'apporter son soutien à 163 fréquentées par environ 60 000 élèves.

Les écoles de réfugiés en Guinée commencent sur une base d'auto-assistance. Une communauté de réfugiés doit contacter le CSI et donner la preuve qu'il existe au moins 90 enfants prêts à fréquenter l'école. Une fois ce critère rempli, la communauté reçoit du ciment pour faire les fondations de l'école et construit les bâtiments jusqu'au niveau du chaînage à l'aide de briques en banco. Une fois que la construction a atteint ce stade, le CSI achève le bâtiment de l'école.

L'école reçoit le soutien continu du CSI sous différentes formes. Les enseignants et les directeurs sont payés par le CSI et sont formés à la profession d'enseignant par le truchement du programme. Les écoles reçoivent des tables, des bancs, des programmes, des manuels, des supports didactiques, des matériels de ressources et un fonds de roulement. En outre, elles reçoivent de l'assistance sous forme de construction de latrines et de puits.

Le programme du CSI/Guinée est planifié, exécuté et supervisé par les départements suivants : l'Administration des écoles, la Formation, la Santé, la Construction, la Formation professionnelle et l'Administration/Logistique. Afin d'assurer un meilleur contrôle des activités sur le terrain, un bureau (doté en personnel venant de chaque département) est détaché dans chacune des quatre régions du projet (N'zerekore, Macenta, Gueckedou et Forecariah).

### **LES DIFFERENTES COMPOSANTES DU PROGRAMME D'EDUCATION POUR LA SANTE DU CSI**

Le Département de l'Education pour la santé du CSI a démarré ses activités en 1994 afin d'améliorer la santé des élèves réfugiés grâce à l'éducation préventive pour la santé. Le programme d'éducation pour la santé couvre une gamme de

thèmes relatifs à la santé tels que la nutrition, l'assainissement, les maladies de l'enfant susceptibles d'être évitées et la santé génésique. Les projets exécutés par le département comprennent :

- des cours d'éducation formelle pour la santé ;
- des séminaires d'éducation pour la santé ;
- les clubs de santé ;
- les Clubs sociaux des jeunes femmes ;
- des projets de pairs éducateurs pour la santé génésique ; et
- des projets de conseil.

### **POURQUOI L'EDUCATION POUR LA SANTE GENESIQUE A ETE INTEGREE DANS LE SYSTEME D'EDUCATION FORMELLE ?**

Les discussions avec les élèves adolescents au cours de la première année du programme d'éducation pour la santé ont révélé qu'ils étaient désireux d'en savoir davantage sur la manière dont leurs corps fonctionnent et sur la prévention des grossesses non désirées et des IST. Le personnel du programme a également identifié la nécessité d'assurer l'éducation sur les grossesses non planifiées et les avortements, sur la base des informations anecdotiques concernant la fréquence avec laquelle ceux-ci se produisent.

### **BUTS ET OBJECTIFS DU PROGRAMME D'EDUCATION POUR LA SANTE GENESIQUE DU CSI**

Le but primordial du programme consiste à améliorer la santé sexuelle et le bien-être des élèves adolescents et des membres des communautés de réfugiés environnantes en améliorant leurs connaissances relatives aux problèmes de santé génésique et à leur prévention et en assurant la promotion de l'utilisation des préservatifs.

**Les objectifs du programme d'éducation pour la santé génésique sont indiqués ci-après :**

- améliorer les connaissances des quelque 14 500 élèves des classes de la 5<sup>ème</sup> à la 12<sup>ème</sup> année concernant la puberté, la reproduction, la contraception, les IST/Sida et leur prévention ;
- accroître l'utilisation des préservatifs par ces 14 500 élèves adolescents ;
- renforcer les capacités et apporter le soutien nécessaire pour les activités visant à accroître les connaissances des 4 000 élèves adolescentes grâce à l'organisation d'ateliers sur la reproduction, la contraception, la sensibilisation sur les questions d'appartenance sexuelle, la violence fondée sur l'appartenance sexuelle et l'amour-propre ;
- faciliter la communication des messages de santé génésique parmi les élèves et les enseignants et la transmission de ces messages des élèves aux membres de la communauté de réfugiés par le truchement de chansons et de pièces de théâtre.

## **COMMENT LA SANTE GENESIQUE EST INTEGREE DANS LE PROGRAMME D'EDUCATION POUR LA SANTE DU CSI**

Le Département de l'Education pour la santé a déployé des efforts en vue d'intégrer l'éducation pour la santé génésique dans tous les aspects de son programme. Ce processus est décrit ci-dessous.

- **Des cours d'éducation pour la santé** sont organisés pendant deux heures par semaine pour les élèves du préscolaire à la 6<sup>ème</sup> année. Le programme d'éducation pour la santé de la 4<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année comprend des sections sur la reproduction humaine, la puberté, la menstruation, la contraception, les IST et le Sida. Les enseignants de santé pour ces classes ont reçu une formation sur ces thèmes, ainsi que sur l'utilisation efficace du programme. Leurs écoles ont reçu également des matériels de ressources, des livres et des supports visuels adéquats afin d'appuyer leurs activités.
- **Les Spécialistes de la santé et les Conseillers en matière de santé scolaire organisent des séminaires d'éducation portant sur des causeries sur la santé** chaque trimestre pour les élèves de la 5<sup>ème</sup> à la 12<sup>ème</sup> année. Une causerie sur la santé dure, en principe, une heure et demie, et est présentée à chaque classe séparément. Ces causeries visent à aborder les thèmes que les programmes réguliers n'enseignent pas aux élèves du collège et du lycée. Les thèmes relatifs à la santé génésique reçoivent une haute priorité, car les élèves demandent constamment davantage d'informations sur ces questions. Les causeries précédentes sur la santé portaient sur des thèmes tels que les systèmes de reproduction humaine, l'utilisation des préservatifs, la prévention du VIH/Sida, la prévention des IST et la contraception.
- **Les clubs de santé** sont des clubs de volontaires qui mènent leurs activités après l'école. Ils peuvent être mis sur pied dans toutes les écoles, quel qu'en soit le niveau, et tout élève intéressé peut y adhérer. Un enseignant de santé se porte souvent volontaire pour parrainer le club et participe en général aux réunions afin d'aider à motiver les membres du club. Chaque club élit des responsables. Lorsque les Conseillers en matière de santé scolaire visitent les écoles, ils travaillent en étroite collaboration avec les membres du club afin de concevoir et exécuter des activités liées à la santé. Les conseillers contribuent également à la création de nouveaux clubs. Les clubs de santé mènent une gamme d'activités, notamment la chanson et le théâtre, les campagnes de nettoyage, le jardinage, la construction d'urinoirs, et la confection d'affiches. Les activités liées à la santé génésique tournent autour des chansons et des pièces de théâtre. Les clubs de santé ont également joué un rôle important en ce qui concerne la présentation de programmes spéciaux au cours de la Journée mondiale du Sida afin d'éduquer les autres élèves sur le VIH/Sida et la prévention du Sida. A l'heure actuelle, il existe des clubs de santé dans environ la moitié (78) des écoles du CSI dont le nombre des membres oscille entre 15 et plus de 60 élèves.
- **Les Clubs sociaux de jeunes femmes (CSJF)** sont également des clubs bénévoles qui mènent leurs activités après l'école. Ils sont composés uniquement d'élèves de sexe féminin âgées d'au moins 15 ans. En conséquence, les CSJF sont en général implantés dans les collèges et les lycées. Les CSJF ont été créés afin d'apporter un soutien de pairs et

promouvoir la santé et le bien-être de leurs membres, des autres élèves de sexe féminin et des membres de la communauté grâce à l'éducation, aux discussions, aux loisirs et à d'autres activités visant à renforcer la sensibilisation sur les problèmes des femmes. Il existe 25 CSJF dans les écoles du CSI et le nombre des membres, par club, se situe entre 15 et 20 élèves. Chaque club a une marraine – en général une enseignante de santé, une conseillère en matière de santé scolaire ou une infirmière issue de la communauté de réfugiés – qui participe aux réunions du club et sert de personne ressource. Les membres du club se réunissent de façon régulière afin de discuter des problèmes de santé génésique et des problèmes spécifiques aux femmes.

**Au nombre des thèmes que les groupes ont étudiés figurent :**

- la menstruation ;
- la reproduction ;
- le viol ;
- la contraception ;
- l'avortement ;
- la prévention des IST/Sida ;
- l'égalité entre les femmes et les hommes ;
- l'importance de l'éducation des filles ; et
- les carrières des femmes.

Les clubs reçoivent des livres de référence, des brochures et des affiches sur la santé génésique et les questions d'appartenance sexuelle, et l'amour-propre est souvent utilisé pour orienter leurs discussions. Quelques membres de chaque club reçoivent également une formation sur la sensibilisation aux questions d'appartenance sexuelle et sur l'amour-propre. Ceux-ci sont censés concevoir des activités afin de transmettre les informations qu'ils ont obtenues pendant l'atelier aux autres membres du club et aux autres membres de la communauté.

- **Des pairs éducateurs** ont été recrutés par le Département de l'Education pour la santé dans tous les collèges et lycées en 1997. Deux à quatre personnes (selon la taille de l'école) étaient invitées à participer à un atelier de trois jours pendant lequel elles recevaient des informations sur la reproduction, la contraception, l'utilisation des préservatifs, la prévention des IST/Sida et les aptitudes de communication. La moitié des pairs éducateurs formés était de sexe féminin et l'autre moitié de sexe masculin. Depuis leur retour dans leurs écoles, leur rôle a consisté à :
  - assurer l'éducation pour la santé génésique de personne à personne pour leurs camarades élèves sur demande ;
  - organiser des activités d'éducation de groupe, notamment des pièces de théâtre, des chansons, des causeries sur la santé et des jeux ; et
  - vendre les préservatifs aux élèves, aux enseignants et aux membres de la communauté.

Les pairs éducateurs gardent la moitié des recettes de la vente de chaque préservatif et restituent l'autre moitié au CSI pour l'achat de fournitures supplémentaires de préservatifs. Chaque pair éducateur reçoit également un pénis en bois qu'il utilise pour démontrer la bonne utilisation du préservatif. A la fin de 1997, le programme a été étendu aux classes supérieures du cycle élémentaire et un atelier pour une deuxième promotion de pairs éducateurs a été organisé. Après le deuxième atelier, on comptait 140 pairs éducateurs formés dans 51 écoles du CSI.

- **Le programme de conseil** permet aux jeunes qui ont des problèmes de santé génésique spéciaux de disposer de l'assistance d'un adulte formé. Les conseillers sont disponibles approximativement une fois par semaine pour des sessions de conseil dans chacune des écoles qu'ils visitent. Les élèves peuvent obtenir une référence pour la planification familiale ou les services d'IST ou s'entretenir avec les conseillers au sujet des problèmes qu'ils ont avec leur famille, leurs partenaires ou concernant le harcèlement sexuel ou le viol. Les conseillers sont également disposés à s'entretenir avec les enseignants, sur demande.

## **QUAND ET POURQUOI DIFFERENTS ELEMENTS DU PROGRAMME ONT ETE AJOUTES**

L'actuel programme d'éducation pour la santé génésique du CSI reflète l'évolution au cours d'une période de trois ans. Différents éléments du programme ont été ajoutés lorsque le besoin se fait sentir. En 1994, le programme comprenait l'éducation pour la santé et les causeries sur la santé. L'élément le plus important du programme d'éducation pour la santé concerne les cours dispensés aux élèves du préscolaire à la 6<sup>ème</sup> année. Les causeries sur la santé ont été ajoutées pour donner aux élèves plus âgés (en particulier ceux des 7<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> années) l'éducation pour la santé qui n'était plus proposée dans leurs programmes et pour couvrir les thèmes qui ne l'étaient pas dans leurs programmes de sciences. L'idée des clubs de santé gérés par les élèves a été initiée en 1995 afin de donner aux élèves l'occasion de mettre en application les informations sur l'éducation qu'ils recevaient et de diffuser les messages au-delà des écoles.

En 1996, le projet de distribution des préservatifs et les Clubs sociaux de jeunes femmes ont été mis en place. Le projet de distribution des préservatifs a été initié en réponse au besoin des élèves adolescents d'avoir accès aux méthodes de prévention des grossesses non désirées et des IST. Les CSJF ont été créés afin de recueillir les données nécessaires pour tester sur le terrain le guide de l'évaluation des besoins de santé génésique des réfugiés. Par la suite, ils sont devenus autonomes et tiennent lieu, en définitive, de groupes de discussion réservés aux femmes. Le projet pilote de distribution de préservatifs s'est soldé par un échec, car il était embarrassant pour les élèves d'acheter les préservatifs auprès des enseignants. En conséquence, le projet a été transformé en programme de pairs éducateurs en 1997 et une composante "éducation" a été ajoutée.

En 1997, le programme de conseil a été également ajouté. La nécessité de services de conseil avait été identifiée dès 1995, lorsque les enseignants et les administrateurs des écoles avaient constaté des problèmes au niveau des élèves qui avaient de la peine à se concentrer sur leurs études et des anciens

combattants qui se comportaient mal en classe. En outre, les spécialistes de la santé ont fait des remarques sur le nombre élevé des grossesses non planifiées et les tentatives d'avortement. Cependant, les difficultés financières n'ont pas permis d'exécuter le programme de conseil avant 1997.

## **INTEGRATION DES DIFFERENTES COMPOSANTES DU PROGRAMME**

Le programme de santé génésique en faveur des adolescents du CSI comprend un certain nombre d'initiatives différentes. Bien que chacune d'elles ait son propre créneau, il existe un chevauchement dans certains domaines.

Cette combinaison de services assure une couverture maximum d'environ 14 500 élèves adolescents, en dépit de l'effectif limité du personnel du programme d'éducation pour la santé.

- **Les sections de santé génésique** du programme d'éducation pour la santé de la 4<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année donnent aux élèves des connaissances de base ou des informations sur la santé génésique dans un contexte de salle de classe.
- **Les causeries sur la santé** servent de cours d'éducation sexuelle pour les élèves plus âgés qui ne reçoivent plus de cours formels d'éducation pour la santé.
- **La composante "éducation de pairs"** offre aux élèves l'occasion d'obtenir des informations sur la prévention des grossesses et des IST/VIH ou sur l'achat des préservatifs auprès de personnes qui ont leur âge.
- **Les conseillers** apportent de l'aide aux élèves qui ont une gamme de problèmes, notamment en ce qui concerne la santé génésique.
- **Les Clubs sociaux de jeunes femmes** offrent aux jeunes femmes un excellent forum pour se rencontrer et discuter des problèmes de santé génésique. Ces clubs constituent également pour les jeunes femmes réfugiées une source de loisirs et de soutien de pairs.
- **Les clubs de santé** communiquent à l'ensemble des élèves et à la communauté de réfugiés des messages qui mettent l'accent sur la prévention des IST et du Sida.

Le programme d'éducation pour la santé génésique est utile pour les élèves qui y participent directement en fournissant des informations et des ressources. Leur participation crée également un sentiment d'appartenance, de statut spécial parmi leurs pairs et leur offre une opportunité de s'assumer. Grâce aux efforts des élèves eux-mêmes, le programme touche également les enseignants du CSI et les membres de la communauté de réfugiés.

## **STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU DEPARTEMENT DE L'EDUCATION POUR LA SANTE DU CSI**

Le personnel du Département de l'Education pour la santé comprend une Directrice de l'éducation pour la santé, trois Spécialistes de la santé et 18 Conseillers en matière de santé scolaire. La Directrice de l'éducation pour la santé est responsable de la planification et de la coordination de l'exécution de tous les aspects du programme d'éducation pour la santé. Ses responsabilités comprennent les points ci-après :

- la supervision des Spécialistes et des Conseillers en matière de santé ;
- la conception de nouvelles initiatives de programme ;
- la mise au point de nouveaux matériels de programme ;
- la planification et l'exécution de programmes de formation et d'ateliers pour les élèves, les enseignants et les conseillers ;
- l'achat des matériels didactiques adéquats ;
- des activités de coordination avec les autres départements du CSI et les autres ONG ;
- la rédaction de propositions et de rapports à l'intention des bailleurs de fonds ;
- la conception et le suivi du budget du département ; et
- le suivi et l'évaluation des activités du programme de santé.

L'une des principales tâches des trois Spécialistes de la santé régionaux consiste à superviser les Conseillers en matière de santé scolaire. Par ailleurs, ils organisent des causeries sur la santé dans les écoles qui disposent de classes à partir de la 5<sup>ème</sup> année, qui ne sont pas couvertes par les conseillers. Les Spécialistes de la santé sont chargés d'apporter l'assistance nécessaire pour la conception des matériels de formation et sont censés servir de modérateurs pendant les ateliers de formation des élèves, des enseignants et des conseillers. En outre, ils aident à assurer la révision périodique du programme d'éducation pour la santé, ainsi que le suivi, sur une base régulière, de l'utilisation par les enseignants de santé du programme. Ils veillent également à ce que les fournitures (y compris les préservatifs, les livres, les affiches, etc.) soient distribuées de façon appropriée. Enfin, ils aident à évaluer les besoins et les activités du programme.

Il existe six Conseillers en matière de santé scolaire qui sont basés dans chacune des trois grandes régions du projet (N'zerekore, Macenta et Gueckedou). Les conseillers sont basés dans les camps de réfugiés et les communautés et disposent de bicyclettes pour se déplacer. Chaque conseiller doit effectuer des visites dans 3 à 6 écoles, tel qu'indiqué dans son calendrier hebdomadaire. Les points ci-après constituent les différentes responsabilités qui incombent aux conseillers :

- apporter les premiers secours aux élèves et aux enseignants pendant les heures de cours ;
- organiser des sessions de conseil individuelles sur une gamme de questions à l'intention des élèves ;
- organiser des causeries sur la santé à l'intention des élèves des classes de la 5<sup>ème</sup> à la 12<sup>ème</sup> année ;
- prodiguer des conseils aux responsables de clubs, motiver leurs membres, assurer la coordination du parrainage et servir de ressource pour les clubs de santé et les Clubs sociaux de jeunes femmes ;
- assurer le suivi de la vente des préservatifs et la promotion de leur utilisation ;
- servir de personnes ressources pour les enseignants de santé ; et

- assurer la coordination entre les activités de santé scolaire qui assurent la promotion de la santé des réfugiés et celles des autres ONG.

Bien qu'il n'existe que 18 conseillers dans le système du CSI, près de la moitié des écoles (environ 80) bénéficient de leurs services.

Outre le personnel décrit ci-dessus, il existe plus de 280 enseignants qui donnent des cours formels d'éducation pour la santé dans les écoles de niveau élémentaire du CSI. Tous les enseignants, notamment les enseignants de santé, sont recrutés, déployés et supervisés par le Département de l'Administration des écoles. Afin d'assurer la qualité de l'instruction en matière de santé, le Département de l'Education pour la santé a demandé que le nombre des enseignants de santé par école soit aussi limité que possible. En conséquence, dans des écoles plus grandes (celles qui vont au moins jusqu'à la 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> année) il est possible pour un enseignant d'avoir suffisamment d'heures de travail par semaine pour organiser une rotation dans toutes les classes afin de dispenser des cours d'éducation pour la santé. Dans les écoles de niveaux inférieurs, qui n'ont d'élèves que du préscolaire jusqu'à la 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> année, il n'a pas été possible de réaménager les emplois du temps des enseignants de façon que chacun d'eux donne des cours d'éducation pour la santé pour son niveau.

## **COMMENT LE PERSONNEL EST RECRUTE ET FORME**

Le poste de Directeur de l'éducation pour la santé est un poste d'expatrié dont le titulaire est recruté par le siège du CSI. Les Spécialistes de la santé ont été recrutés au sein de la population de réfugiés. Les qualifications pour ce poste comprennent :

- une formation médicale au moins jusqu'au niveau d'infirmier agréé ;
- une grande expérience en matière d'éducation pour la santé ;
- de l'expérience en matière de supervision ; et
- de l'expérience en matière d'enseignement.

Les nouveaux Spécialistes de la santé reçoivent une formation sur le tas en secondant et observant un autre Spécialiste de la santé ou la Directrice de l'éducation pour la santé. Les Spécialistes de la santé participent également aux ateliers de formation des formateurs, organisés de façon régulière, qui mettent l'accent sur des thèmes ou des domaines de compétence spécifiques.

Les candidats aux postes de Conseillers en matière de santé scolaire sont identifiés par les Spécialistes de la santé parmi les réfugiés qui vivent dans des camps et villes spécifiques et qui ont déjà reçu une formation d'infirmiers auxiliaires, d'infirmiers pratiquants, d'infirmiers d'Etat ou de médecins assistants. Les individus qualifiés ont été invités à remplir une fiche concernant leurs études et leurs expériences professionnelles. Ensuite, des interviews et une sélection finale ont été organisées. Les qualifications pour le poste de conseiller comprennent :

- une formation médicale préalable (de préférence au moins jusqu'au niveau d'infirmier pratiquant agréé) ;
- de l'expérience en matière d'enseignement de l'éducation pour la santé ;

- de l'expérience en matière de travail avec les groupes de jeunes ; et
- une certaine notion ou expérience en matière de conseil.

Les conseillers nouvellement recrutés ont participé à un atelier de formation de trois jours organisé en vue de préciser leurs rôles et responsabilités et qui comprenaient des sessions sur les premiers secours, l'amour-propre, le règlement des conflits, le syndrome du stress post-traumatisme, le conseil, la reproduction et la contraception. Sur les dix-huit conseillers au départ, cinq ont été remplacés au cours de la première année du projet de conseil, la plupart d'entre eux étant retournés dans leurs foyers au Liberia. Une deuxième session de formation, organisée pendant que le présent manuel pratique était en cours de rédaction, mettait l'accent en particulier sur l'amélioration des aptitudes de conseil. Elle a constitué pour les conseillers l'occasion de mieux se familiariser avec les besoins des jeunes et la théorie du conseil en tant que base de l'application pratique des aptitudes nouvellement acquises.

Le Département de l'Education pour la santé est également en partie responsable de la formation des enseignants d'éducation pour la santé. Outre le cours de formation standard sur les techniques pédagogiques et le développement de l'enfant proposé à tous les enseignants par le Département de la Formation, le Département de l'Education pour la santé organise de temps à autre des ateliers de formation spéciaux, en particulier pour les enseignants de santé du CSI. Plus récemment, en octobre 1997, ils ont été formés sur l'utilisation du nouveau programme d'éducation pour la santé destiné aux classes de la 4<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année.

## **COMMENT LE PERSONNEL EST SOUTENU ET SUPERVISE**

La Directrice de l'éducation pour la santé est basée au sein du bureau principal du CSI qui se trouve à N'zerekore. Elle effectue des visites de supervision des Spécialistes de la santé dans les deux autres bureaux situés dans la Région forestière (Macenta et Gueckedou), au moins une fois toutes les 4 à 6 semaines. Les Spécialistes de la santé sont basés dans chacun des trois bureaux et disposent de motocyclettes pour effectuer les visites dans les écoles et les visites de terrain mensuelles aux Conseillers en matière de santé scolaire dans leurs régions.

Le Département organise des réunions régulières afin d'apporter le soutien nécessaire au personnel et coordonner les différents programmes d'éducation pour la santé. La Directrice de l'éducation pour la santé rencontre tous les Spécialistes de la santé une fois toutes les six semaines afin de planifier les activités futures, coordonner l'exécution des activités en cours et résoudre les problèmes éventuels. Les Spécialistes de la santé tiennent des réunions régionales avec leurs conseillers tous les deux mois. Au cours de ces réunions, les conseillers discutent de leurs activités récentes, des problèmes liés à leur travail et des problèmes spéciaux qu'ils s'attachent à résoudre. Les réunions constituent également une opportunité pour les Spécialistes de la santé d'expliquer toutes les nouvelles initiatives de programme ou tous les ateliers futurs, aider les conseillers à résoudre les problèmes et distribuer les fournitures. La Directrice de l'éducation pour la santé participe aux réunions des conseillers, chaque fois que cela est possible, afin de maintenir le contact avec le terrain.

La Directrice de l'éducation pour la santé rencontre également, au moins une fois par mois, les chefs des autres départements du CSI. Ces rencontres visent à promouvoir le partage de l'information entre départements et à faciliter la coordination intersectorielle. Elles constituent également une opportunité pour la Directrice d'apporter son soutien aux activités des autres départements et de demander leur aide afin de faire passer l'information ou assurer les distributions de fournitures. Les informations pertinentes découlant des réunions interdépartementales sont communiquées par la Directrice de l'éducation pour la santé aux Spécialistes de la santé.

### **AVEC QUELS MATERIELS DOIVENT-ILS TRAVAILLER ?**

Le Département de l'Education pour la santé est responsable de l'identification, de la commande et de la constitution de stocks suffisants de matériels d'éducation pour la santé génésique. Le CSI a déjà conçu ou modifié (à partir d'autres sources) des fiches d'images, des jeux et des matériels de formation. Certaines des fiches d'images sont distribuées dans les écoles aux fins d'utilisation par les enseignants d'éducation pour la santé et les autres sont utilisées par les Spécialistes de la santé et les Conseillers en matière de santé scolaire pendant les causeries et les ateliers sur la santé. Certaines ont été distribuées également aux Clubs sociaux de jeunes femmes afin de stimuler la discussion.

Les chansons et les pièces de théâtre sur les thèmes relatifs à la santé génésique jouent un rôle capital dans l'éducation des élèves et des membres de la communauté. Ecrites essentiellement par les élèves, les enseignants et les Spécialistes de la santé, elles constituent un moyen simple et mémorable de communiquer l'information. Elles ont été intégrées dans un livre produit par le Département et distribué à toutes les écoles. Les clubs de santé, les pairs éducateurs et les CSJF utilisent les chansons et les pièces de théâtre qu'ils créent ou ceux tirés du livre du Département pour présenter les messages concernant les thèmes de santé génésique et la prévention des problèmes liés à la santé génésique.

En définitive, le Département a créé une bonne bibliothèque de livres de référence, de programmes, de livres d'activités, de brochures et de vidéo sur les thèmes de la santé génésique. Les livres de référence sont distribués aux enseignants d'éducation pour la santé, aux CSJF, aux pairs éducateurs, aux conseillers et aux Spécialistes de la santé. Les CSJF ont également reçu des affiches et des prospectus. Les pairs éducateurs ont reçu des pénis en bois afin de démontrer la bonne utilisation des préservatifs. Les vidéos sur l'utilisation des contraceptifs, les grossesses non planifiées, le Sida, les IST et les problèmes spécifiques aux femmes sont présentées aux membres des CSJF, aux pairs éducateurs et au personnel de bureau se trouvant près des sous-bureaux, afin de faciliter la discussion.

### **COMMENT L'ATTITUDE DE LA COMMUNAUTE A FACILITE L'EXECUTION DU PROGRAMME**

Le programme a eu de la chance, dans la mesure où les parents ont soutenu ses activités, d'une manière générale. Il existe un esprit d'ouverture parmi les Libériens et les Sierra léonais en ce qui concerne la discussion des problèmes délicats liés à la sexualité, ce qui s'est traduit par très peu d'opposition au

programme d'éducation pour la santé génésique du CSI. Là où des enseignants, des directeurs ou des parents se sont opposés à l'information ou aux activités, les Spécialistes de la santé sont parvenus à dissiper ces préoccupations, expliquer le but du programme et obtenir leur soutien grâce à des contacts directs.

Les communautés de réfugiés ont participé à certains aspects du programme d'éducation pour la santé génésique par le truchement des APE (Associations de parents-enseignants) locales. Des APE sont constituées au niveau de chaque école et leurs membres sont informés des causeries sur la santé et des activités des clubs de santé. Les APE et les autres parents assistent aux causeries sur la santé et à la présentation de chansons et de pièces de théâtre par les clubs de santé.

## **COUTS DU PROGRAMME**

Le programme d'éducation pour la santé génésique du CSI a bénéficié de l'assistance financière du Bureau américain pour la population, les réfugiés et les migrations (USBPRM), du Gouvernement hollandais (Stichting Vluchteling), et des Fondations Andrew W. Mellon, David and Lucille Packard et Buffet.

Les coûts du programme, tels que présentés ici, prennent en compte les dépenses annuelles, sur la base des activités en cours du programme dans 163 écoles couvrant l'essentiel des régions de la Guinée forestière et de Forecariah (située à environ 700 kilomètres du bureau principal du CSI à N'zerekore). Les principaux coûts concernent les salaires, le per diem et les déplacements au niveau local, les fournitures du programme, les ateliers de formation, les équipements, les coûts administratifs et les autres coûts du programme. Les salaires, le per diem et le transport au niveau local concernent l'ensemble du programme d'éducation, pas uniquement la composante "éducation pour la santé génésique".

### **COUTS DU PROGRAMME (\$ EU)**

<b>Salaires</b>	<b>60 000</b>
<b>Per diem et déplacement au niveau local</b>	<b>11 500</b>
<b>Fournitures du programme</b>	<b>11 000</b>
<b>Ateliers de formation</b>	<b>12 000</b>
<b>Equipements</b>	<b>3 000</b>
<b>Coûts administratifs</b>	<b>13 000</b>
<b>Autres coûts du programme</b>	<b>14 000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>124 500</b>

Le coût actuel du programme, qui équivaut à environ 124 500 dollars par an, représente environ 4 % du budget annuel du CSI/Guinée et est modeste, compte tenu de l'ampleur du programme.

La masse salariale correspond aux salaires de la Directrice de l'éducation pour la santé, de quatre Spécialistes de la santé et de 18 Conseillers en matière de santé scolaire. Le salaire annuel et les avantages sociaux de la Directrice expatriée de l'éducation pour la santé s'élève au total à environ 30 000 dollars. Les salaires pour les quatre Spécialistes de la santé s'élèvent au total à 12 000 dollars par an, avec des salaires mensuels oscillant entre 170 et 225 dollars. Les Conseillers en matière de santé perçoivent environ 85 dollars par mois, soit au total 18 000 dollars par an pour l'ensemble des conseillers.

Le per diem est calculé au taux d'environ 5 dollars pour les expatriés et de 3 dollars pour le personnel local, soit au total 2 500 dollars par an pour la Directrice de l'éducation pour la santé, les Spécialistes de la santé et les Conseillers en matière de santé scolaire. Les 9 000 dollars correspondant au coût des déplacements au niveau local couvrent les frais de transport dans le cadre des réunions de la Directrice de l'éducation pour la santé, des Spécialistes de la santé, des Conseillers en matière de santé scolaire, ainsi que des pairs éducateurs et pour les visites sur le terrain de la Directrice de l'éducation pour la santé et des Spécialistes de la santé.

Les fournitures du programme comprennent des livres, des brochures, des vidéos, des cahiers, des stylos, des feuilles pour les affiches, des crayons, de la peinture, des rubans adhésifs, des tam-tams, des costumes, des casquettes, des films, des cantines métalliques, etc. La formation comprend des ateliers à l'intention des enseignants, des conseillers, des pairs éducateurs et des membres des Clubs sociaux de jeunes femmes. Le coût de la formation s'élève en général à 12 dollars par participant par jour, y compris la nourriture, le logement et le transport.

La composante de ce budget affectée aux équipements prend en compte le coût de l'ordinateur et de l'imprimante du Département. Ces articles sont essentiels pour le programme. Les coûts administratifs comprennent notamment les dépenses consacrées aux fournitures de bureau, à l'assurance et aux services financiers. Ils s'élèvent à environ 12 % du budget total de l'éducation pour la santé génésique.

Enfin, les autres coûts du programme concernent des aspects tels que les foires pour la santé ; la Journée mondiale du Sida et la Journée internationale de la femme ; les concours de zone et régionaux de chants et de théâtre ; et les photocopies des fiches d'images et des matériels pédagogiques. Les dépenses les plus importantes à cet égard concernent les concours de chants et de pièces de théâtre qui nécessitent des moyens de transport, de la nourriture et l'hébergement pour un grand nombre d'élèves.

## **SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME**

Le suivi du programme de soins de santé génésique est assuré par le truchement d'une série de fiches d'observation et de fiches de rapport mensuel. La Directrice de l'éducation pour la santé observe les causeries sur la santé organisées par les Spécialistes de la santé. Ceux-ci observent les causeries sur la santé organisées par les conseillers, ainsi que par les enseignants de santé pendant les cours d'éducation pour la santé. Les conseillers, les pairs éducateurs, les clubs de santé et les CSJF soumettent des rapports d'activité mensuels aux Spécialistes de la santé. Les conseillers et les pairs éducateurs soumettent également des registres de vente mensuels des préservatifs. Ces informations sont combinées avec les

activités des Spécialistes de la santé et intégrées dans les rapports mensuels soumis à la Directrice de l'éducation pour la santé.

L'évaluation du programme se fait par le truchement d'enquêtes sur la santé génésique effectuées par les élèves. La Directrice de l'éducation pour la santé et les Spécialistes de la santé ont effectué leur première enquête de mars à mai 1997. A l'aide d'un questionnaire autoadministré, le Département a recueilli des informations sur les connaissances, les aptitudes et les comportements en matière de santé génésique de 1 100 élèves du CSI de la 7<sup>ème</sup> à la 12<sup>ème</sup> année. Celles-ci constitueront les données de base pour les analyses futures. Une deuxième enquête sera effectuée avant la fin de l'année scolaire 1997/98 afin d'évaluer les changements de connaissances, d'attitudes et/ou de comportements.

## **RESULTATS ET ACQUIS DU PROGRAMME**

Le Département de l'Education pour la santé du CSI n'a pu présenter un rapport sur les changements quantitatifs concernant les connaissances, les attitudes et les comportements des élèves eu égard aux problèmes de santé génésique pour l'instant. Les résultats de l'enquête de 1997/98 fourniront ces informations. A l'heure actuelle, les résultats et les acquis du projet sont mesurés en fonction des matériels produits et distribués, des personnes formées, du niveau de participation au programme et des activités exécutées. A cet égard, beaucoup de travail a été accompli. Quelques-unes de ces réussites sont indiquées ci-après.

## **MATERIELS CONÇUS ET/OU DISTRIBUES**

- Conception d'un nouveau programme d'éducation pour la santé pour les classes de 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> ;
- production de 7 fiches d'images du CSI sur les thèmes relatifs à la santé génésique et distribution à toutes les écoles élémentaires aux fins d'utilisation pendant les cours d'éducation pour la santé de 1997 ;
- fourniture aux écoles élémentaires de livres de référence destinés aux enseignants de santé tels que "*Understanding Reproduction, Birth and Contraception, What's a Virus Anyway? and AIDS – Answers to Questions Kids Ask*" (Comprendre la reproduction, Naissance et contraception, Qu'est-ce qu'un virus ? et Sida – Réponses aux questions que les enfants posent) ;
- distribution de supports visuels produits par le CSI aux CSJF, y compris 4 fiches d'images sur les pratiques d'avortement à risque, une sur le viol, une sur la violence fondée sur l'appartenance sexuelle et 6 éléments qui incitent à la discussion sur les relations entre hommes et femmes ;
- fourniture au CSJF de livres de référence et de brochures tels que : "*Our Bodies, Our Selves; Where Women Have No Doctor; It's Perfectly Normal; What's Happening to My Body; Making a Life for Yourself; and Having Your Period*" (Nos corps, nous-mêmes ; Là où les femmes n'ont pas de médecin ; C'est parfaitement normal ; Qu'est-ce qui arrive à mon corps ; Se faire une vie ; et Avoir ses règles) et les affiches sur les systèmes de reproduction de l'homme et de la femme, les IST et le Sida ;
- production d'une petite brochure avec des jeux et des activités concernant la prévention des IST/Sida, ainsi que d'exemplaires de "*It's Perfectly Normal*"

(C'est parfaitement normal) et distribution aux pairs éducateurs ;

- conception d'un paquet de formation prêt à l'emploi sur la reproduction, la contraception, les IST, le Sida, l'utilisation des préservatifs et les aptitudes de communication pour les pairs éducateurs élèves ;
- mise au point de matériels de formation prêts à l'emploi sur la santé génésique et les aptitudes de conseils pour les Conseillers en matière de santé scolaire ;
- conception de matériels spéciaux concernant la santé génésique, notamment les fiches d'images, les puzzles, les cartes et les jeux pour les causeries sur la santé et les sessions d'ateliers de travail.

## **ATELIERS DE FORMATION ORGANISES**

- 279 enseignants de santé ont été formés sur l'utilisation du nouveau programme d'éducation pour la santé dans le cadre d'un atelier de 3 jours organisé en octobre 1997. Cet atelier comprenait également une session sur les IST et leur prévention.
- Tous les enseignants du CSI ont participé aux sessions de l'atelier sur la reproduction humaine et la contraception (février 1997) et sur le Sida et sa prévention (octobre 1997).
- Un premier groupe de 96 pairs éducateurs ont été formés au cours d'ateliers régionaux de trois jours organisés en juin et juillet 1997. Un deuxième groupe de 83 pairs éducateurs ont été formés en novembre et décembre de la même année. Ce groupe comprenait également des élèves à partir de la 5<sup>ème</sup> année.
- Un atelier de trois jours sur les aptitudes de conseil a été organisé en février 1998 pour 17 conseillers.
- En 1996, six responsables de CSJF pilotes ont été formées sur les techniques participatives de collecte des données utilisées pour la collecte des données sur la santé génésique auprès des membres des CSJF.
- Un atelier de travail de 3 jours sur la sensibilisation au sujet des questions d'appartenance sexuelle et de l'amour-propre a été organisé en décembre 1997 pour 91 membres des CSJF.
- 136 membres de clubs de santé ont été formés sur la rédaction et la production de chansons et de pièces de théâtre sur la santé au cours d'ateliers de travail régionaux de 3 jours organisés en juillet 1997.

## **AUTRES ACTIVITES**

- Six causeries ont été conçues et présentées depuis 1995 sur différents thèmes relatifs à la santé génésique pour les élèves de la 5<sup>ème</sup> à la 12<sup>ème</sup> année.
- En 1997, les Spécialistes de la santé ont organisé des causeries sur la santé sur le Sida et l'utilisation des préservatifs pour 436 élèves professionnels et 61 employés de bureau.
- 140 pairs éducateurs qui travaillaient dans 51 écoles ont été formés à la fin de 1997.

- A l'heure actuelle, 25 Clubs sociaux de jeunes femmes fonctionnent dans les écoles de cycle inférieur et de cycle supérieur.
- Soixante dix-huit clubs de santé sont actifs.
- Un nouveau recueil de chansons et de pièces de théâtre a été mis au point à partir des propositions faites par les élèves, les enseignants et les Spécialistes de la santé, dans le cadre d'un concours à l'échelle du système. Ce livre qui est censé être utilisé par les clubs de santé, comprend de nombreuses chansons et pièces de théâtre sur les sujets de la santé génésique, notamment les grossesses non désirées, les IST, le Sida, l'utilisation des préservatifs et l'avortement.
- Les Conseillers en matière de santé scolaire ont organisé 349 sessions de conseil individuel par mois.
- Les pairs éducateurs qui ont soumis des rapports mensuels en 1997 ont organisé en moyenne 1 516 sessions d'éducation directes et 107 activités de groupe par mois.
- En moyenne, les pairs éducateurs et les Conseillers en matière de santé scolaire ont vendu 2 418 préservatifs par mois.
- En 1997, 30 écoles/clubs de santé ont organisé des programmes spéciaux pour la Journée mondiale du Sida.
- L'évaluation des besoins pour le programme de santé génésique et pour les Clubs sociaux des jeunes femmes a été achevée.
- Un plan stratégique comprenant l'énoncé de la mission, la description de poste des parrains et le plan du programme pour les CSJF pour 1998 a été achevé avec la contribution des membres des clubs et des Spécialistes de la santé.
- La saisie et l'analyse des données sur l'enquête relative à la santé génésique effectuée par les élèves au début de 1997 ont été achevées.
- Le soutien à l'exécution d'une politique permettant aux élèves enceintes de rester à l'école pendant toute leur grossesse a été poursuivie, permettant ainsi aux élèves de sexe féminin d'achever leur éducation.

## **PROJETS DU CSI POUR LES ACTIVITES FUTURES RELATIVES A LA SANTE GENESIQUE**

Le Département de l'Education pour la santé envisage de poursuivre l'éducation pour la santé génésique dans les écoles du CSI au cours de 1998. Les initiatives et activités en cours comprennent les cours d'éducation pour la santé, les causeries sur la santé, l'éducation des pairs, les CSJF, le conseil et les clubs de santé. Les activités futures comprennent les points ci-après :

- **les causeries sur la santé** – une causerie sur la santé relative à la contraception a été organisée récemment et des efforts sont en train d'être déployés en vue d'en organiser une autre sur le thème de la santé génésique;
- **l'éducation des pairs** – le Département espère poursuivre l'éducation des pairs dans toutes les écoles qui ont des classes à partir de la 6<sup>ème</sup> année et de leur apporter un soutien supplémentaire. Les réunions régionales visant à permettre aux pairs éducateurs de discuter des problèmes et de la réussite

seront organisées. Elles constitueront également des comités responsables de la production des bulletins régionaux des pairs éducateurs chaque semestre et de la conception des campagnes d'éducation régionales. Le Département assurera la formation sur la conception des supports visuels pour tous les pairs éducateurs qui souhaiteraient aider les comités à entreprendre des campagnes d'éducation sur une grande échelle ;

- **les Clubs sociaux de jeunes femmes** – le Département de l'Education pour la santé envisage de maintenir les CSJF dans toutes les écoles secondaires de cycle inférieur et de cycle supérieur. Dans le cadre de la commémoration de la Journée internationale de la femme, il aidera les clubs à organiser des campagnes et parrainera un concours d'affiches et d'essais. En outre, un atelier de formation des formateurs sera organisé pour quelques membres de clubs triés sur le volet sur la santé génésique et la violence fondée sur l'appartenance sexuelle. Ensuite les participants concevront des activités ou des sessions d'éducation, afin de transmettre les informations nouvellement acquises à d'autres élèves de sexe féminin et aux membres des clubs. Le Département poursuivra également ces efforts en vue de fournir aux CSJF des fournitures, des matériels de référence et des supports visuels ;
- **le conseil** – le programme de conseil sera poursuivi en tant qu'activité bénévole visant à améliorer la capacité des conseillers à accomplir leurs tâches. Pour ce faire, les conseillers sont formés aux aptitudes de conseil. Si les ressources financières nécessaires sont disponibles, le programme de conseil dans la Région forestière sera étendu à d'autres écoles ;
- **les clubs de santé** – en 1998, le CSI poursuivra également son soutien aux clubs de santé en apportant un soutien financier pour les mini-foires de santé (dont une partie mettra l'accent sur les problèmes de santé génésique) et les programmes de la Journée mondiale du Sida. Le Département envisage également d'organiser des concours de zone ou régionaux de chants ou de pièces de théâtre au cours desquels les clubs de différentes écoles présenteront leurs chants et pièces de théâtre à un jury. Les chants gagnants seront compilés sur une cassette aux fins de distribution à tous les clubs de santé ;
- **l'extension du programme** – en 1998, le Département de l'Education pour la santé envisage d'étendre nombre de ses activités à la Région de Forecariah afin de desservir les Sierra léonais qui entrent encore dans cette région de la Guinée. Des projets sont également en cours d'élaboration en vue de recruter un Spécialiste de la santé, mettre sur pied un programme de pairs éducateurs dans les écoles ayant des classes à partir de 6<sup>ème</sup> année, mettre sur pied des clubs sociaux de jeunes femmes dans les écoles secondaires de cycle inférieur et de cycle supérieur et d'apporter un soutien accru aux clubs de santé dans la Région de Forecariah. Par ailleurs, le Département choisira et formera un enseignant de santé dans chacune des dix écoles de cette région afin de donner des conseils et de fournir des services de premiers secours, outre leurs tâches d'enseignants.

## **DEFIS RENCONTRES**

Le Département de l'Education pour la santé du bureau du CSI en Guinée a été confronté à un certain nombre de défis depuis sa création. Un problème

fondamental a trait au manque de soutien interne pour le programme d'éducation pour la santé. Par le passé, les membres du personnel local des autres départements du CSI ne comprenaient pas l'importance de l'éducation pour la santé ou le rôle du Département de l'Education pour la santé dans un système scolaire formel. En conséquence, ces membres étaient réticents à l'aider à faire passer le message aux écoles, à vérifier la situation des clubs ou à aider à distribuer les matériaux. Les administrateurs expatriés du bureau du CSI en Guinée n'ont pas toujours soutenu non plus le programme d'éducation pour la santé, d'où l'absence d'un chef de département ou, comme ce fut le cas au cours d'une partie de 1995 et 1996, le partage du chef de département avec le Département de la Formation. En conséquence, le Département de l'Education n'a pu recevoir l'orientation nécessaire ni prendre de nouvelles initiatives. Ce problème a été atténué à la fin de 1996, lorsqu'une Directrice de l'éducation pour la santé a été recrutée, en particulier pour coordonner les activités de ce Département.

Le niveau du soutien dont le programme d'éducation pour la santé a bénéficié de la part de l'administration du CSI s'est renforcé considérablement depuis la mi-1996. Avec l'administration actuelle, l'importance de la communication ouverte a été facilitée par les réunions interdépartementales régulières qui se sont traduites par des changements d'attitudes de la part des autres départements à l'égard du Département de l'Education pour la santé. Cependant, il est nécessaire de continuer de déployer des efforts à cet égard.

Un autre défi important auquel le Département de l'Education pour la santé a été confronté concerne l'insuffisance du financement pour l'exécution des activités. En l'absence de ressources financières suffisantes, des activités prévues n'ont pas été exécutées ou leur exécution a été retardée. Les matériels pour les bureaux, les écoles et les autres participants au programme n'ont pas été achetés et un personnel suffisant n'a pu être recruté.

Par le passé, les difficultés financières du Département de l'Education pour la santé concernaient le manque de soutien de la part des administrateurs du CSI, qui ne déployaient aucun effort pour rechercher un financement suffisant pour les activités du Département. Les problèmes étaient dus également au fait que les principaux éléments étaient omis dans les budgets du programme (c'est-à-dire les fournitures du programme ou la nourriture et le logement pour les ateliers). Le Département espère résoudre les problèmes de financement en 1998. L'actuelle administration a permis aux départements de concevoir leurs propres budgets et les a utilisés comme base pour la recherche de financements.

Un troisième problème auquel le Département de l'Education pour la santé a été confronté concerne l'absence d'une bonne évaluation des besoins au début du programme. Le Département a démarré sur la base de quelques impressions individuelles sur l'état de santé et les besoins d'éducation pour la santé des élèves réfugiés. En conséquence, aucun but ni objectif clair de programme n'a été défini au début du programme et les besoins spécifiques des différents groupes d'élèves réfugiés n'ont pas toujours été pris en considération. Des efforts ont été déployés en vue de recueillir systématiquement des informations sur les besoins d'éducation pour la santé génésique des élèves réfugiés pour la première fois en 1997. Le Département envisage de poursuivre la collecte de ce type de données afin de mieux adapter le programme aux besoins des élèves.

Au cours des trois dernières années, des problèmes d'ordre logistique ont freiné l'exécution des activités d'éducation pour la santé. Ces problèmes étaient dus à la fois aux réalités du travail en Guinée et aux problèmes de logistique chroniques au sein du bureau du CSI en Guinée. A l'époque, le bureau du CSI est resté sans coordonnateur de logistique qualifié pendant longtemps. En outre, le transport et les communications constituent des problèmes chroniques en Guinée. En conséquence, les matériels commandés à l'étranger peuvent mettre six mois à un an avant de parvenir au bureau principal à N'zerekore. La distribution des matériels nouvellement arrivés aux écoles, aux conseillers et aux clubs dépend de la bonne volonté des autres membres du personnel du programme qui se rendent dans les camps ruraux plutôt que d'être gérés par le Service de la logistique.

Les problèmes de logistique sont en train d'être résolus de façon progressive. La Guinée est en train de développer lentement ses infrastructures, de nouvelles routes sont en chantier et les systèmes de communication sont en voie de modernisation. Au sein du CSI, un membre du personnel local a été recruté pour gérer la logistique et de nouveaux systèmes logistiques sont en train d'être mis en place. Cependant, beaucoup de travail reste encore à accomplir tant au niveau national qu'au niveau de l'organisation.

## **CHANGEMENTS ENVISAGES PAR LE CSI**

Si le CSI devait reproduire ce projet, il devrait :

- **procéder à une évaluation des besoins au début du programme.** Ceci permettrait de fixer des buts et objectifs pertinents au début du programme et d'adapter les activités aux besoins des élèves ;
- **initier le programme plus tôt après l'arrivée des réfugiés.** Le Département de l'Éducation pour la santé du CSI n'a été créé que trois à quatre ans après l'arrivée des réfugiés en Guinée et le programme d'éducation pour la santé génésique a démarré encore plus tard. Si celui-ci avait démarré plus tôt, davantage d'élèves en auraient bénéficié ;
- **associer les adolescents plus tôt.** Le fait d'associer les adolescents à la planification et à l'exécution du programme aurait contribué à renforcer leur amour-propre et permis de veiller à ce que le programme soit adapté à leurs besoins ;
- **recruter davantage de personnel au début du programme.** Jusqu'au début de 1997, lorsque les Conseillers en matière de santé scolaire ont été recrutés, deux ou trois Spécialistes de la santé s'évertuaient à organiser et assurer le suivi de toutes les activités d'éducation pour la santé à base scolaire. Cette situation a limité le nombre et la supervision des activités ;
- **assurer la disponibilité des matériels de ressources plus tôt sur le terrain.** La plupart des matériels d'éducation pour la santé génésique utilisés à l'heure actuelle ont été acquis en 1997. Ceci signifie que les Spécialistes de la santé et les enseignants de santé ont travaillé pendant près de trois ans sans matériels de référence ni ressources suffisantes ;
- **veiller à ce que le personnel dispose de matériels et de fournitures suffisants pour la mise en œuvre de ses activités.** Les Spécialistes de la santé, les Conseillers en matière de santé scolaire et les enseignants de santé

ont besoin d'une quantité minimum de fournitures et de matériels de ressources pour accomplir leurs tâches de façon efficace. Tel qu'indiqué plus haut, le Département de l'Éducation pour la santé manque souvent des matériels nécessaires ;

- **veiller à ce que tous les départements du CSI "comprennent" l'importance de l'éducation pour la santé, en particulier l'éducation pour la santé génésique, dans le cadre d'un système d'éducation formelle.** Ceci pourrait se faire grâce à la sensibilisation des membres des autres départements sur l'importance de l'éducation pour la santé, en tenant les chefs des autres départements informés des activités prévues par le Département de l'Éducation pour la santé et en sollicitant leur contribution pour la mise en œuvre des activités du programme, le cas échéant ;
- **établir une distinction plus claire entre les clubs de santé et les CSJF.** Étant donné que les Clubs sociaux de jeunes femmes ont démarré sous forme de projets pilotes, leurs membres n'ont pas toujours eu une idée claire de leurs buts ni des types d'activités qu'ils sont censés entreprendre. En conséquence, certains CSJF ont commencé à entreprendre des activités qui sont très similaires à celles des clubs de santé (par exemple, le jardinage). Les membres de CSJF doivent recevoir des directives concernant le but et le rôle des clubs peu après leur création. Faute de quoi, les CSJF risquent de devenir des clubs de santé de filles (et non des clubs qui mettent l'accent sur les problèmes spécifiques aux femmes) ;
- **tenir des registres sur les activités passées du Département.** Des registres clairs décrivant l'exécution des activités passées sont nécessaires afin d'assurer la continuité du programme et de l'évaluer ;
- **éduquer les bureaux locaux du HCR sur l'importance de l'éducation pour la santé génésique.** Le HCR a refusé de financer les programmes d'éducation pour la santé génésique du CSI. Par conséquent, un plan visant à sensibiliser les bureaux locaux du HCR au sujet de l'importance du programme doit être exécuté ;
- **veiller à ce que les budgets prennent en compte tous les matériels nécessaires pour l'exécution efficace du programme.** L'omission de matériels clés a rendu difficile la mise en œuvre des activités d'éducation pour la santé génésique tel que prévu ;
- **entreprendre le suivi et l'évaluation du programme dès le départ.** Ceci comprendrait la conception d'outils de suivi des activités des clubs de santé, des CSJF, des conseillers et des Spécialistes de la santé sur une base mensuelle. En outre, une enquête de référence sur les connaissances, les attitudes et les comportements des élèves en matière de santé génésique doit être effectuée tôt aux fins d'utilisation à titre de données comparatives concernant l'impact futur et les évaluations des résultats.

## **QUAND LE PROGRAMME PRENDRA FIN**

Les programmes d'éducation formelle et d'éducation pour la santé en Guinée se poursuivent. Bien que les Libériens commencent à rentrer chez eux, nous envisageons de poursuivre les activités de nos programmes en leur faveur jusqu'à la fin de cette année (c'est-à-dire juillet 1998). Compte tenu de l'intérêt et de

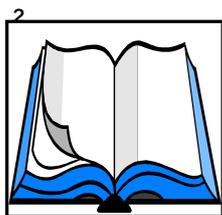
l'engagement des élèves à poursuivre les initiatives d'éducation pour la santé génésique, nous espérons obtenir suffisamment de financement pour suivre les Libériens chez eux et exécuter un programme similaire dans les comtés adjacents de la Guinée (c'est-à-dire, Lofa, Bong et Nimba). Il est peu probable que cela soit possible sans un soutien et une supervision suffisants. Le CSI restera en Guinée et les programmes existants seront maintenus pour les Sierra léonais jusqu'à ce que le conflit dans le pays prenne fin.

### **COMMENT LE PRESENT PROJET POURRAIT ETRE MAINTENU UNE FOIS LES REFUGIES RENTRES CHEZ EUX**

Tel qu'indiqué plus haut, le CSI espère transférer tout ou partie de son programme d'éducation pour la santé génésique dans le système scolaire dans les comtés de Lofa, Bong et Nimba au Liberia. Afin de reproduire ce projet ou d'en créer un similaire, un financement sera nécessaire pour payer les salaires du personnel et financier la formation. En outre, bien que les matériels conçus ou achetés en Guinée puissent être transférés dans les écoles au Liberia, la création d'un nombre plus élevé d'écoles au Liberia nécessitera l'achat de matériels supplémentaires. Les membres des CSJF ont manifesté de l'intérêt pour la poursuite de leurs activités au Liberia. Cependant, il serait difficile pour les élèves réfugiés de rentrer chez eux et de maintenir les programmes mis en chantier en Guinée sans un soutien et une supervision adéquats.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Lecture 5.1 :

## Apprendre au sujet du Sida et l'enseigner à l'école

---

**EXTRAIT DE "LEARNING AND TEACHING ABOUT AIDS IN SCHOOL (APPRENDRE AU SUJET DU SIDA ET L'ENSEIGNER A L'ECOLE) ; UNAIDS TECHNICAL UPDATE, OCTOBER 1997."**

### **DEFIS**

Bien qu'il soit, de toute évidence, souhaitable d'éduquer les élèves sur le Sida, il existe différents obstacles au nombre desquels figurent les points ci-après.

#### **La question est considérée comme trop controversée**

Dans de nombreuses sociétés, les adultes responsables des enfants ou de leur éducation scolaire sont souvent mal à l'aise en ce qui concerne l'enseignement des thèmes du Sida et des comportements sexuels à risque aux enfants. Ils peuvent avoir le sentiment que ceci encourage les jeunes à faire des expériences de façon prématurée – bien que plusieurs études aient montré que l'éducation sexuelle et l'éducation sur le VIH/Sida n'entraînent pas une augmentation de l'activité sexuelle (voir Impact de l'éducation sur le VIH et la santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes, 1997). Les décideurs, les enseignants et les parents qui partagent ces points de vue peuvent soulever des objections concernant l'introduction de programmes de prévention du VIH à l'école, car ils considèrent que la question est trop délicate pour les enfants ou controversée pour la société.

### **PROGRAMME SURCHARGE**

Il est souvent difficile de trouver des plages horaires pour l'éducation sur le Sida dans les programmes scolaires déjà chargés, voire surchargés, en particulier lorsqu'il existe de nombreuses matières qui sont en concurrence pour les plages disponibles. En théorie, l'éducation pour la santé, qui pourrait comprendre l'éducation sur le Sida, est censée être enseignée dans les écoles, mais dans la pratique, elle est souvent négligée.

### **COUVERTURE INCOMPLETE**

De nombreuses écoles ne dispensent pas de cours d'éducation sur le Sida. Les raisons varient. Il se peut que le pays ne dispose pas de politique concernant l'éducation sur le Sida ni de politique particulière contre l'éducation sur le Sida – ou dispose de politiques en faveur de l'éducation sur le Sida qui sont vagues ou mal appliquées. Dans certains cas, la prise de décision concernant l'éducation est

décentralisée, par conséquent, les autorités de l'éducation dans certains districts ajoutent l'éducation sur le Sida à leur programme, tandis que d'autres ne le font pas.

L'éducation sur le Sida – lorsqu'elle est au programme – est assurée, en général, uniquement dans les écoles secondaires. Cependant, avec les taux d'abandon élevés dans de nombreuses écoles, les enfants – et en particulier les filles – quittent souvent l'école avant l'âge de l'enseignement secondaire, la conséquence étant qu'ils ne reçoivent pas d'éducation sur le Sida.

### **L'information est enseignée et non les aptitudes**

L'éducation sur le VIH peut être assurée dans les écoles, mais il se peut qu'elle ne concerne que les faits médicaux et biologiques et non les situations de la vie réelle dans lesquelles les jeunes se retrouvent. Ce n'est que si les aptitudes sont enseignées, et si des questions telles que les relations, la sexualité et les risques liés à l'abus des substances sont discutées que les jeunes seront en mesure de faire face à ces situations dans lesquelles ils pourraient être exposés au risque de l'infection à VIH.

### **MAUVAISE QUALITE DES PROGRAMMES**

Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs raisons, notamment :

- des domaines importants pour l'éducation sur le Sida tels que l'absence de discrimination et le soutien sont omis ;
- les matériels didactiques peuvent être inadéquats – par exemple, ils mettent l'accent sur l'information biomédicale et non sur les aptitudes sociales et les moyens de prévention, ou ils sont spécifiques à l'âge ou éloignent des réalités quotidiennes ;
- les matériels pour les enseignants peuvent faire défaut ;
- il se peut que les enseignants n'aient pas reçu la formation nécessaire pour organiser des activités de classe sur les questions délicates ;
- seule une option concernant le comportement sexuel (par exemple, celle de l'abstinence) est proposée indépendamment de l'âge des élèves ;
- les objectifs du cours ne sont pas clairement définis ou ne concernent que les connaissances, les attitudes et les valeurs – et non les comportements ;
- rien n'est prévu pour l'évaluation des connaissances acquises par les élèves ;
- l'éducation sur le Sida n'est pas intégrée de façon significative dans le programme et ses liens avec les autres questions de santé et sociales ne sont pas mis en exergue ;
- aucune éducation n'est assurée concernant les services de référence, notamment des informations plus approfondies et l'amélioration des aptitudes, les conseils et des services d'IST amis des jeunes.

### **REPONSES**

Les jeunes constituent une ressource considérable pour la société et il importe d'investir dans la jeunesse afin d'aider à lutter contre l'épidémie *générale* du VIH. Ceci peut se faire par la promotion de programmes scolaires efficaces, complétés

par des interventions de prévention au sein de la communauté et par le truchement des médias.

### **Un partenariat en vue de parvenir à un consensus satisfaisant**

Différents "protecteurs du public", notamment les décideurs, les chefs religieux, les parents, les enseignants et les associations d'enseignants, permettent, en principe, de savoir si une forme d'éducation sur le Sida est assurée dans les écoles et laquelle. Bien qu'ils puissent considérer certains aspects de l'éducation sur le Sida comme controversés ou inacceptables, un consensus est possible sur un certain nombre de questions – le fait que les élèves ont besoin d'être mis à l'abri des sévices sexuels, qu'ils doivent pouvoir refuser les drogues et que l'égalité en matière d'éducation entre garçons et filles doit être renforcée. Il est opportun de mettre à profit ce consensus pour créer un partenariat.

Ensuite, on peut étendre progressivement le consensus aux autres questions – notamment l'hypothèse selon laquelle les jeunes peuvent apprendre à prendre des décisions sensées, notamment concernant les voies et moyens d'éviter les comportements à risque et le fait que la société doit apporter son assistance plutôt que de constituer un obstacle pour ces questions. On peut promouvoir l'idée selon laquelle certaines normes sociales sont préjudiciables, car elles encouragent les inégalités entre filles et garçons ou accroissent la vulnérabilité des jeunes – et que ces normes doivent être remises en question – tandis que d'autres qui contribuent à les protéger (telles que l'éducation scolaire pour les filles) méritent d'être défendues.

Il est donc encourageant de constater dans ce contexte que chaque fois que les points de vue des parents sont étudiés, les enquêtes montrent que les parents ont toujours tendance à appuyer l'éducation sur le Sida à l'école. Parmi ces études figurent celle effectuée par l'OMS en 1994, en Ethiopie, et une évaluation dans cinq pays du Moyen-Orient en 1996 (voir Rapport sur l'évaluation du projet pilote sur l'éducation sur le VIH/Sida à l'école de l'UNRWA et dans les autres institutions, UNRWA, Département de la Santé, Amman, 1996).

Parallèlement, le partenariat peut être renforcé en associant les "protecteurs du public", ainsi que les organisations non gouvernementales et les jeunes à la conduite d'une analyse de situation (voir ci-dessous), pour la dissémination des résultats d'un projet pilote ou d'autres activités de recherche sur l'éducation sur le Sida ou pour le lancement d'une initiative à base scolaire.

### **Politiques judicieuses concernant l'éducation sur le Sida**

Une fois qu'un consensus est intervenu sur les hypothèses de base au niveau de ceux qui sont responsables de l'éducation des jeunes, une série de politiques nationales relatives à l'éducation sur le Sida peuvent être formulées. Même un document d'une ou de deux pages peut suffire pour la mise en place de programmes efficaces. Les politiques doivent couvrir les domaines ci-après :

- la couverture totale de l'éducation sur le Sida à l'école, en termes de situations géographiques et de niveaux de classe (groupe d'âge) ;
- la formation des enseignants avant le service et sur le tas ;
- la collaboration entre les parents, les autorités de l'éducation et les responsables communautaires pour l'élaboration de programmes (voir Projets

pilotes sur l'éducation sur le Sida à l'école : Un résumé, Genève, OMS/UNESCO, 1994) ;

- la définition des objectifs et du contenu du programme, ainsi que des activités en dehors du programme, et l'intégration du VIH/Sida et des IST dans les thèmes choisis ;
- les liens avec les services de santé locaux capables de fournir aux jeunes des services d'IST et de santé génésique conviviaux et accueillants, notamment le conseil, les contraceptifs et les préservatifs.

Les droits humains constituent un principe important à prendre en compte lorsque l'on conçoit des politiques relatives au Sida et aux écoles. Les élèves et le personnel des écoles vivant avec le VIH ou le Sida ont droit à l'éducation, à la protection contre la discrimination, à la confidentialité, à une vie privée, à l'autonomie et à la sécurité de la personne, ainsi qu'à l'accès à l'information et à l'éducation.

### **Procéder à une évaluation de la situation et concevoir un bon programme**

Plusieurs étapes sont recommandées pour la conception d'un bon programme d'éducation sur le Sida. La première consiste à procéder à une évaluation de situation judicieuse. Ceci nécessite l'étude des comportements des élèves face au risque du VIH – savoir, par exemple, à quel âge, en moyenne, ils ont leurs premiers rapports sexuels, quels types de comportements sexuels et de consommation de substances (y compris l'alcool) sont les plus répandus parmi eux et à quel moment ils ont tendance à abandonner l'école. La première étape d'une telle évaluation doit consister à demander les points de vue des jeunes : ce qu'ils pensent de leurs besoins émotionnels ou ce qu'ils souhaitent voir se produire lorsqu'ils ont un petit ami ou une petite amie. Il est essentiel de poser des questions aux jeunes afin d'évaluer le programme étant donné qu'ils sont les utilisateurs du service. Cela est également nécessaire, car les jeunes ne partagent pas nécessairement les attitudes des adultes concernant le comportement sexuel et les substances. Les élèves doivent être assurés de la confidentialité de façon qu'ils puissent donner des réponses honnêtes.

Les résultats de cette évaluation de situation ont une incidence directe sur la conception du reste du programme. Les mesures à prendre à ce stade comprennent les points suivants (chaque mesure est décrite dans Education pour la santé à l'école pour la prévention du Sida et des IST. Vol. 1, pp.11-30) :

- la définition du type de programme (y compris l'âge auquel il doit être introduit) ;
- le choix des objectifs du programme ;
- l'élaboration du plan du programme ;
- la planification spécifique de la production des matériels didactiques et des activités des élèves ;
- l'élaboration des guides à l'intention des enseignants (de nombreux guides excellents existent ou peuvent être adaptés ; voir par exemple, Education pour la santé à l'école pour la prévention du Sida et des IST) et la planification de la formation des enseignants ;

- planification des sessions d'orientation à l'intention des administrateurs des écoles afin d'obtenir leur soutien continu.

### **Assurer la mise en place d'un programme efficace d'éducation sur le Sida**

Les programmes efficaces sont ceux qui ont une incidence positive sur le comportement en ce qui concerne les relations sexuelles, l'abus des stupéfiants et la non-discrimination – et pas uniquement l'amélioration des connaissances et le changement d'attitudes des élèves. L'expérience montre que les programmes efficaces atteignent tous les objectifs ci-après :

- mettre l'accent sur les aptitudes psychosociales – en particulier en ce qui concerne la prise de décision, la négociation et la communication – avec le double objectif de retarder le premier rapport sexuel et d'encourager les rapports sexuels protégés ;
- se concentrer sur le risque personnalisé par le truchement d'un jeu de rôle et de discussions appropriées ;
- discuter clairement des conséquences éventuelles des rapports sexuels non protégés et – toujours en termes tout aussi clairs – des voies et moyens d'éviter ces conséquences. Indiquer où solliciter de l'aide et du soutien auprès des pairs, du personnel scolaire, des membres de la communauté et des établissements extérieurs ;
- mettre l'accent sur le fait que les aptitudes utiles pour l'autoprotection contre les IST et le VIH contribuent également à renforcer la confiance en soi et à éviter les grossesses non désirées, les sévices sexuels et l'abus des substances (notamment le tabac et l'alcool) ;
- renforcer les valeurs, les normes et le soutien du groupe de pairs pour l'adoption et le maintien d'un comportement sain et la résistance aux comportements à risque tant à l'école qu'au sein de la communauté ;
- prévoir suffisamment de temps pour les travaux en classe et des méthodes didactiques interactives, notamment les jeux de rôle et les discussions de groupe.

Les aptitudes relatives au VIH les plus importantes que les jeunes peuvent acquérir sont indiqués ci-après :

- comment prendre et défendre de bonnes décisions concernant les relations et les rapports sexuels ;
- comment identifier les raisons personnelles pour lesquelles on résiste aux pressions visant à avoir des rapports sexuels non désirés ou à utiliser les stupéfiants ;
- comment reconnaître et éviter une situation potentiellement risquée ou violente ;
- comment et où solliciter de l'aide ou avoir accès aux services de santé amis des jeunes ;
- quand on est prêt à avoir des rapports sexuels, comment négocier des rapports sexuels protégés ou les autres formes de rapports sexuels sûrs ;
- comment faire preuve de compassion ou de solidarité à l'égard des personnes qui ont le VIH/Sida ;
- comment prendre soin des personnes qui ont le Sida au sein de la famille ou de la communauté.

Trois autres éléments se sont avérés importants pour l'éducation efficace sur le Sida à l'école. L'un consiste à apprendre aux élèves de l'enseignement primaire et secondaire à analyser et répondre aux normes sociales. Les normes sociales sont constituées par les médias, les pairs des jeunes et la société en général. A leur tour, ces normes influent sur le comportement. Les élèves doivent apprendre à décoder et analyser ces normes et à comprendre lesquelles ont un caractère potentiellement néfaste et lesquelles protègent leurs santé et bien-être.

Les sévices sexuels peuvent avoir lieu au sein des écoles. Il est donc nécessaire d'assurer un environnement scolaire sain et de combattre des facteurs tels que la discrimination à l'égard des élèves de sexe féminin, le harcèlement et les sévices physiques et sexuels – tant de la part du personnel de l'école que des élèves.

Un deuxième élément nécessaire concerne la bonne formation, tant pour les enseignants eux-mêmes que pour les pairs éducateurs – les jeunes du même groupe d'âge, choisis en particulier afin d'éduquer leurs amis au sujet du Sida.

Un troisième facteur vital concerne l'âge. A ce jour, l'expérience montre que les programmes de prévention du VIH et de promotion de la santé en faveur des enfants doivent commencer le plus tôt possible et, sans aucun doute avant le début de l'activité sexuelle. Dans la réalité, ceci signifie que les programmes appropriés pour l'âge doivent commencer au niveau de l'école primaire. Ceci comporte deux principaux avantages. Tout d'abord, l'éducation commence avant l'activité sexuelle, préparant ainsi les élèves à faire face aux activités à risque futures. Ensuite, les enfants reçoivent l'éducation avant que nombre d'entre eux n'aient quitté l'école ou ne l'aient abandonnée et ceci est particulièrement vrai – dans de nombreux pays – pour les filles, qui ont tendance à quitter l'école à un âge jeune. Au rang des pays qui commencent les programmes d'éducation pour le

Sida au niveau de l'école primaire figurent le Malawi, la Thaïlande, l'Ouganda et le Zimbabwe.

Au Zimbabwe, par exemple, depuis 1993, toutes les écoles dispensent à tous les élèves à partir de la 4<sup>ème</sup> année (9-10 ans) des leçons obligatoires sur les aptitudes psychosociales et le Sida sur une base hebdomadaire. Des brochures à l'intention des élèves et des enseignants sont conçues pour chaque niveau et traitent de quatre principaux thèmes : les relations, la croissance, les aptitudes psychosociales et la santé. Les thèmes vont des discussions sur les rôles d'appartenance sexuelle et le viol à la prise en compte des émotions et des attentes stressantes. En classe, l'amour-propre et l'affirmation de soi sont encouragées et les jeux de rôle suggèrent les voies et moyens de répondre à la pression des pairs. Outre l'utilisation des brochures, les élèves exécutent également des projets au sein de la communauté.

Tous les matériels sont révisés et approuvés par un comité qui comprend des membres issus du programme national de lutte contre le Sida, du Ministère de l'éducation et des représentants des quatre principales religions. Un vaste programme de formation des enseignants permet de préparer les enseignants, ainsi que les élèves dans les écoles normales (voir O'Donogue J. Zimbabwe's AIDS Action Programme for School: Flashback and Hindsight. Harare: UNICEF, 1995).

## **TENIR COMPTE DES MESSAGES DES MEDIAS**

Les jeunes sont souvent exposés aux médias et influencés par ceux-ci. Bien que les écoles enseignent une série de messages, les médias peuvent en proposer d'autres qui sont contradictoires. Les programmes à base scolaire doivent tenir compte de ceux-ci. Les jeunes doivent acquérir également des aptitudes leur permettant de "décoder" les messages des médias.

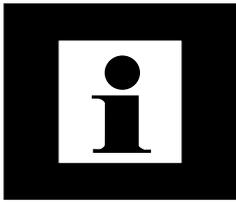
## **EVALUATION**

Il est important d'évaluer l'impact sur le comportement des élèves de l'éducation sur le Sida à l'école – pas uniquement l'acquisition des connaissances ou l'adoption des attitudes souhaitées. Etant donné que les aptitudes sont la meilleure variable explicative du comportement, l'évaluation de l'impact consiste en général à évaluer la mesure dans laquelle les aptitudes ont été apprises et mises en pratique et le comportement sain perpétué. Des outils d'évaluation spécifiques ont été conçus à cet effet.

Il est également important d'assurer le suivi de la réponse du système d'éducation afin de s'assurer que : la qualité de l'enseignement est satisfaisante ; les matériels d'apprentissage et didactiques sont utilisés correctement ; la communauté locale appuie le programme ; et un nombre croissant d'élèves pensent en avoir tiré parti.

## Santé sexuelle et génésique

---



### Lectures supplémentaires, vidéos et sites web

---

#### **LECTURES RECOMMANDÉES**

Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual (1999) : Geneva, UNHCR. Ce manuel inter-institutions pratique est le résultat d'un effort de collaboration de nombreuses agences des Nations Unies, d'organisations gouvernementales et non gouvernementales et des réfugiés eux-mêmes. Dans plusieurs domaines importants, le manuel pratique donne une orientation de programme avec des références fréquentes à des matériels supplémentaires qui devraient être obtenus et utilisés en vue de mettre à la disposition des réfugiés des services de santé génésique complets et fiables. Cette lecture est importante pour tous les thèmes du présent dossier de ressources.

HOW TO GUIDE (International Rescue Committee/UNHCR) - Reproductive Health in Refugee Situations: Reproductive Health Education for Adolescents. Geneva, UNHCR. Ce guide décrit le programme de santé génésique exécuté par le CSI en Guinée et passe en revue les leçons apprises.

#### **LECTURES SUPPLÉMENTAIRES**

Wellbourn, A., (1995): Stepping Stones: A training package on HIV/AIDS, Communication and Relationship Skills. Strategies for Hope Training Series No. 1. London, ACTIONAID.

HOW TO GUIDE (UNHCR) - Ngara Crisis Intervention Teams - A Community Based Response on Sexual Violence Against Women. Geneva, UNHCR. Fondé sur l'expérience réelle dans les camps de réfugiés de Ngara en Tanzanie, ce guide vise à partager avec les autres les pensées sous-jacentes et les leçons tirées d'une approche réussie.

Enger, D and Winskell, K (1999): Scenarios from the Sahel, Replication Guide. Senegal, UNDP. Ce livre décrit un projet très réussi de prévention du VIH exécuté au Sénégal, au Mali et au Burkina Faso. Le projet est inhabituel en ce qui concerne le degré de l'attention accordée non seulement au contenu, mais également au processus, la conséquence étant qu'à chaque étape de sa conception, les besoins et les points de vue des jeunes déterminent l'orientation que le projet devrait suivre. Ce livre contient des principes directeurs concernant la manière de reproduire le projet dans d'autres régions. Il est particulièrement pertinent pour les Thèmes 2 et 5.

Dept. of Child and Adolescent Health Development (2000), Meeting an Urgent and Unmet Need: Making Reproductive Health Services Available and Accessible to Forcibly Displaced Young People. Geneva, World Health Organisation. Ce

document traite de trois domaines : les caractéristiques des jeunes déplacés par la force ; la question de la santé génésique et les raisons pour lesquelles elle est importante pour les jeunes ; où ils se trouvent et d'excellents exemples de programmes de santé génésique en faveur des jeunes tant dans les zones rurales que dans les milieux urbains. Il s'agit d'une lecture utile pour l'ensemble des thèmes contenus dans le présent dossier de ressources.

Gordon, Gill (1999), Choices, London, Macmillan. Ce livre a été rédigé, en particulier, à l'intention des jeunes âgés de 10 à 24 ans et contient des informations claires, une gamme d'activités à l'intention des pairs éducateurs, des responsables de jeunes ou des enseignants, ainsi que des images, des bandes dessinées et des questions. Il s'agit d'une lecture utile en ce qui concerne le Thème 4 et très utile à partager avec les personnes qui seront appelées à concevoir les programmes de santé génésique.

## **VIDEOS**

Il existe un certain nombre de vidéos très utiles qui appuient l'enseignement de la santé sexuelle et génésique. Un synopsis de quelques-unes est indiqué ci-après :

### ***Santé génésique dans les situations de réfugiés – Que peut-on faire ?***

Une vidéo de formation/sensibilisation de 12 minutes à l'intention du personnel non médical travaillant dans les situations de réfugiés.

L'objectif consiste à expliquer ce qu'est la santé génésique, son importance pour la santé et le bien-être des femmes, des hommes, des jeunes et de formuler des suggestions concrètes sur la manière dont le personnel peut intégrer et appuyer la santé génésique dans ses activités.

Le principal auditoire de cette vidéo est le personnel du HCR et les partenaires dans les domaines de la santé, notamment : le personnel de terrain et les directeurs de programme, le personnel des services communautaires et de la protection, et les autres travailleurs réfugiés qui ont des contacts directs avec les réfugiés. D'autres personnes telles que les chauffeurs et le personnel administratif pourraient également en tirer parti.

Un guide du modérateur accompagne la vidéo qui aidera le personnel à la montrer aux collègues et à susciter des discussions sur la manière d'intégrer la santé génésique dans les activités de routine de chaque membre du personnel. Ce guide donne des informations sur les autres activités qui pourraient être organisées après la présentation de la vidéo.

La vidéo est disponible en anglais. Elle doit être utilisée sur le terrain et présentée dans les programmes de formation de routine du HCR pour le personnel non médical.

### ***Femmes en détresse***

Zawadi Bakar est une jeune fille congolaise âgée de 11 ans qui vit à Lugufu, un camp de réfugiés en Tanzanie. Un jour, alors qu'elle était allée chercher du bois de feu dans la forêt, elle a été violée par deux hommes. Grâce au projet de santé génésique financé par le FNUAP, elle a pu recevoir un traitement psychologique et médical immédiat. Le risque d'être victime de sévices sexuels, de tomber enceinte ou de contracter des infections sexuellement transmissibles existe

toujours dans les situations de conflit. En 1994, le FNUAP a mis au point des activités de santé génésique afin d'assurer la prestation de services appropriés aux réfugiés et aux personnes déplacées au plan interne. Ce projet dans les camps de réfugiés en Tanzanie est en train d'être exécuté par la Fédération internationale de la Croix rouge et les Sociétés du Croissant rouge qui assurent également la coordination avec les autres opérations des ONG sur le terrain.

### ***De la sensibilisation à l'action***

Cette vidéo décrit les mesures prises par les réfugiés somalis dans le camp de Hartisheikh, dans l'Est de l'Ethiopie, afin d'éradiquer la mutilation génitale féminine (MGF). Le HCR, en collaboration avec le Comité national sur les pratiques traditionnelles de l'Ethiopie (MTCPE) a mis en œuvre un projet pilote en 1997 en vue d'aider la communauté de réfugiés à éradiquer cette pratique traditionnelle néfaste.

Deux vidéos ont été commanditées par le bureau du HCR en Ethiopie – une en somali et l'autre en anglais – afin de décrire les mesures positives prises par la communauté de réfugiés afin d'éradiquer la mutilation génitale féminine.

**La version en somali de la vidéo** dure 25 minutes et décrit de façon plus détaillée le fonctionnement du projet, les résultats positifs et l'engagement de la communauté de réfugiés à éradiquer la mutilation génitale féminine. Elle décrit, en particulier, la manière dont la communauté a décidé d'organiser une cérémonie de rechange en vertu de laquelle l'importance d'un rite initiatique du passage à la vie de femme est reconnue, mais où aucune partie du corps de la fille n'est mutilée. La cérémonie est célébrée avec de la musique, des chansons et un festin. Les praticiennes traditionnelles de la mutilation génitale féminine jouent un rôle dans la cérémonie. Les groupe vise de cette vidéo sont les communautés qui parlent le somali. Elle peut être utilisée pour démontrer comment ils peuvent œuvrer ensemble pour changer la pratique de la mutilation génitale féminine.

**La vidéo en anglais** est une version plus courte de la version en somali (15 minutes) et est destinée aux planificateurs de programme et aux agents basés au niveau communautaire qui souhaitent entreprendre un projet d'éradication de la mutilation génitale féminine. Elle décrit la manière dont le projet a travaillé avec les différents groupes au sein de la communauté.

La version en somali de la vidéo peut être obtenue auprès du HCR.

La version anglaise peut être obtenue auprès de Television Trust for the Environment (TVE-UK). TVE e-mail: [tve-dist@tve.org.uk](mailto:tve-dist@tve.org.uk).

UN GUIDE D'ORIENTATION pour le projet a également été préparé et devrait aider les agents de développement et le personnel humanitaire à mieux comprendre la manière dont le projet a fonctionné. Un guide vidéo accompagne également cette vidéo.

### ***Une compilation de vidéos sur la mutilation génitale féminine***

Dans le cadre de la mise au point d'un paquet de matériels sur la mutilation génitale féminine, plusieurs vidéos sur la pratique ont été compilées sur cette vidéo. Les vidéos montrent la manière dont les différents pays œuvrent en vue d'éradiquer la pratique et certains des principaux problèmes y relatifs. Elles mettent en exergue également la politique du HCR relative aux pratiques

traditionnelles néfastes.

La compilation de vidéos dure environ 70 minutes.

## **SITES WEB**

### **UNICEF**

<http://www.unicef.org/programme/youth/index.html>

Ce site met l'accent en particulier sur le développement des adolescents et sur leur participation.

### **OMS**

<http://www.who.int/home/map ht.html#Family and Reproductive Health>

Le site de l'Organisation mondiale de la santé constitue une source d'informations utile pour les thèmes relatifs à la santé et les statistiques.

### **PNUD**

<http://www.undp.org/>

Des statistiques sur la santé tirées du Rapport sur le développement humain, ainsi que des points saillants sur le VIH/Sida sont disponibles sur le site web du PNUD.

### **ONUSIDA**

<http://www.unaids.org/>

Ce site web fournit des informations utiles sur le VIH/SIDA et les programmes au niveau national.

### **ICPD**

<http://www.unhcr.ch/other.htm> (go to ICPD)

Ce site web fournit tous les documents de la Conférence internationale sur le développement de la population du Caire de 1994.

### **DIVISION DE LA PROMOTION DE LA FEMME (DAW)**

<http://www.un.org/womenwatch/daw/>

La Division de la promotion de la femme (DAW) fait le plaidoyer en faveur de l'amélioration de la condition de la femme et de la réalisation de l'égalité entre hommes et femmes. La Division constitue un élément catalyseur de la promotion de l'agenda mondial sur les problèmes des femmes et de l'intégration de la perspective genre dans tous les secteurs. Des informations et des documents utiles sur la quatrième Conférence mondiale sur les femmes sont disponibles sur ce site.