



Introduction : Santé sexuelle et reproductive des adolescents

L'adolescence est une période de changements majeurs dans la vie d'un jeune. Dès l'âge de 10 ans environ, la transition entre l'enfance et l'âge adulte est associée à des changements physiques et psychologiques¹ liés à la puberté, ainsi qu'aux interactions et relations sociales. Ce n'est pas seulement le début de la vie sexuelle et reproductive d'un individu, c'est aussi une période où les rôles et les attentes liés au genre et à l'âge adulte s'intensifient.² Alors que les adolescents se préparent à l'âge adulte, Les normes sociales et culturelles liées au genre sont renforcées à l'âge adulte.

L'initiative Strengthening Health Outcomes for Women and Children (SHOW) est un projet de 4,5 ans, impliquant plusieurs pays, transformateur sur le plan de l'égalité entre les sexes, financé par Affaires Mondiales Canada et Plan International Canada. L'objectif du projet est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile chez les femmes et les enfants vulnérables dans des régions ciblées du Bangladesh, du Ghana, d'Haïti, du Nigeria et du Sénégal, en répondant aux besoins uniques de 331 000 jeunes filles et 339 000 jeunes garçons âgés de 15 à 19 ans³. Le projet vise à l'amélioration de la qualité, la disponibilité, l'utilisation et de la responsabilité des services essentiels de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants/santé sexuelle et

reproductive dans les cinq pays. Trois stratégies interconnectées de transformation sur le plan de l'égalité entre les sexes ont été employées pour améliorer la condition et la position des femmes et des filles dans leurs environnement; l'une de ces stratégies vise à fournir des services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans le cadre plus étendu des systèmes de santé offerts dans le pays. Pour Selorn Gli, 19 ans, au Ghana, cela signifie de pouvoir se rendre dans un établissement pour se renseigner sur des questions de santé sexuelle importantes pour lui dans un environnement détendu où il sait qu'il ne sera pas jugé. En résumé, l'amélioration de la prestation de ces services de santé consiste à faciliter leur accès aux adolescents afin de protéger et d'améliorer leur santé et leur bien-être, y compris leur santé sexuelle et reproductive.

Adolescents : risques pour la santé et leur capacité à se protéger

En plus des changements biologiques et sociaux, le début de l'adolescence est pour certains marqué par de nouvelles vulnérabilités liées à la sexualité, aux mariages précoces et forcés, et aux risques de procréation précoce. Étant donné que la grossesse et l'accouchement figurent parmi les principales causes de maladie et d'invalidité chez les adolescentes,⁴ la disponibilité de l'information

¹ Organisation mondiale de la santé. (1993). La Santé des jeunes : un défi, un espoir Organisation mondiale de la santé, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37353> .

² Hill JP, Lynch ME. (1983) The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. Dans : Brooks-Gunn J, Petersen A, éditeurs. Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives. New York: Plenum; pp. 201-228.

³ Les interventions de SHOW visaient essentiellement des groupes d'âge de 15 à 19 ans.

⁴ Kiani MA, Ghazanfarpour M, Saeidi M. (2019). Adolescent Pregnancy: A Health Challenge. Int J Pediatr; 7(7): 9749-52.

sur la santé maternelle, infantile et néonatale/la santé et les droits sexuels et de procréation, ainsi que l'accès aux services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents sont essentiels pour réduire la morbidité et la mortalité. En dépit de cela, de nombreux adolescents éprouvent encore des difficultés à trouver à la fois des renseignements et des services axés sur leurs besoins en matière de santé.

Les adolescents sont confrontés à divers problèmes de santé et de droits sexuels et reproductifs qui affectent différemment les garçons et les filles, dans toute leur diversité. La plupart des adolescents deviennent sexuellement actifs à partir de 18 ans.⁵ C'est une partie normale et saine de la vie, mais cela les expose aussi au risque de comportements sexuels non protégés qui pourraient entraîner des problèmes de santé, comme des grossesses non désirées, des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que le VIH et le SIDA. Les filles courent des risques disproportionnellement plus élevés liés à la santé et les droits sexuels et reproductifs en raison des vulnérabilités et des disparités entre les sexes en matière de soins de santé découlant de leur statut économique, culturel et social inégal, ce qui compromet leur capacité de protéger leur santé sexuelle en prenant des décisions éclairées et, si possible, en ayant accès aux services et aux renseignements dont elles ont besoin.⁶

Le mariage des enfants, précoce et forcé est un autre obstacle qui compromet l'état de santé des adolescents. Les conséquences du mariage des enfants, précoce et forcé sont principalement assumées par les filles qui sont contraintes d'avoir des rapports sexuels non désirés ou de se marier, ce qui les rend plus vulnérables aux grossesses non désirées, aux avortements à risque, aux IST, dont le VIH, et aux accouchements dangereux.⁷ Non seulement le mariage des enfants, précoce et forcé se répercute-t-il négativement la sur capacité d'une fille à accéder aux connaissances, à l'information et aux services

disponibles, mais cette violation des droits de l'homme réduit ses perspectives en matière d'éducation, limite son autonomie et l'expose à un risque accru de problèmes de santé et de violence.⁸ Cette pratique néfaste entraîne une morbidité et une mortalité maternelles supérieures à la moyenne.⁹

Enfin, l'état matrimonial d'une adolescente peut aussi influencer sur sa capacité de prendre des décisions éclairées et indépendantes, y compris d'accéder à des services de santé de base et essentiels. Alors que les adolescentes mariées et célibataires rencontrent des difficultés pour accéder à des renseignements et des services de santé spécifiques dans de nombreuses régions du monde, les adolescentes célibataires peuvent être désavantagées par crainte d'avoir des problèmes avec leurs parents, de manque de ressources financières disponibles pour payer la contraception ou le transport vers et depuis les établissements de santé, de jugement des prestataires de soins, ainsi que du refus des soins dans le cadre de la santé reproductive.¹⁰ Par ailleurs, elles peuvent se heurter à des obstacles dans l'accès à la contraception en raison de lois et de politiques restrictives fondées sur l'âge ou l'état matrimonial.¹¹

Obstacles aux soins de santé maternelle, néonatale et infantile/reproductive des adolescents

Les obstacles que les adolescents, mariés ou non, rencontrent lorsqu'ils essaient de prendre des décisions éclairées et de recourir à des services de santé pour leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive peuvent être regroupés au niveau individuel, socioculturel, structurel ou institutionnel.

Au niveau *individuel*, le manque de connaissances et de prise de conscience au sujet de leur santé et de leurs droits sexuels, la faible mobilité des filles pour accéder

⁵ Guttmacher Institute.

⁶ ONUSIDA. (2019). Women and HIV: A spotlight on adolescent girls and young women. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_women-and-hiv_en.pdf

⁷ Shah, I.H., and E. Åhman. (2012). « Différences dans les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses en 2008 selon l'âge et la région du pays en développement : Un lourd fardeau pour les jeunes femmes. » *Reproductive Health Matters*, 20, 169–173.

⁸ Plan International. (2017). Présentation au rapport du Secrétaire général de l'ONU sur les progrès réalisés pour mettre fin aux mariages précoces, forcés et d'enfants dans le monde entier.

⁹ Nour N. M. (2006). Health consequences of child marriage in Africa. *Emerging infectious diseases*, 12(11), 1644–1649.

¹⁰ Govender, V. & Penn-Kekana, L. (2007). Gender Biases and Discrimination : a review of health care interpersonal interactions. Document commandé par le Réseau de connaissances sur les femmes et l'équité entre les sexes.

¹¹ de Vargas Nunes Coll, C., Ewerling, F., Hellwig, F., & de Barros, A. (2019). Contraception in adolescence : the influence of parity and marital status on contraceptive use in 73 low- and middle-income countries. *Reproductive health*, 16(1), 21.

aux services de manière indépendante, le coût élevé des services et le manque de confidentialité de la part des prestataires de soins de santé sont autant de raisons susceptibles de dissuader les adolescentes de recourir aux services. Les données tirées du programme de Plan International Canada laissent penser que de nombreuses adolescentes ne sont pas au courant des services qui leur sont offerts et des raisons pour lesquelles elles devraient y avoir accès. Par exemple, au Bangladesh, les mères adolescentes « ne sont pas au courant des soins de santé après accouchement ou considèrent qu'elles n'en ont pas besoin ». Ceci est dû principalement à une norme culturelle qui accorde la priorité à la santé du nouveau-né après l'accouchement et néglige celle de la mère. Une mère adolescente interrogée a déclaré qu'elle « ne s'occupait pas d'elle, bien qu'elle se sente malade, fiévreuse, étourdie et incapable de marcher ». En ce qui concerne les obstacles à l'accès aux services de santé et de droits sexuels et reproductifs, les données de mi-parcours du projet SHOW montrent que les adolescentes et les adolescents considèrent que les filles célibataires sont plus susceptibles de se heurter à de la résistance et de la désapprobation que les filles mariées en termes d'évaluation des services de santé et de droits sexuels et reproductifs en raison de milieux et de préjugés religieux et culturels. On observe la même tendance chez les adolescents célibataires et mariés. Des raisons et des préjugés religieux sont principalement à l'origine de cette résistance et de cette disparité.

Au niveau *socioculturel*, ce sont souvent les normes culturelles qui dictent le comportement et la sexualité des adolescents, la stigmatisation et la honte entourant les adolescents sexuellement actifs ainsi que le fait que les parents se sentent mal informés et mal préparés à donner des conseils sur la sexualité et la santé reproductive. Les données de Plan International Canada dans un certain nombre de pays ont révélé que les normes culturelles au niveau communautaire entravaient sérieusement l'accès des filles aux établissements de santé. Par exemple, les normes de genre dans de nombreuses communautés de SHOW établissent que l'implication et le soutien d'un homme sont essentiels à la prestation de services de santé adéquate pour leurs conjointes car elles ont besoin

de leur permission et de leur soutien financier pour accéder aux services de santé maternelle néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive des adolescents. De même, pour les adolescentes célibataires, les normes sexospécifiques jouent un rôle crucial dans la capacité des adolescentes d'accéder aux services de santé. Dans de nombreuses communautés SHOW les grossesses hors mariage ne sont pas acceptées. Si le partenaire masculin nie ses responsabilités paternelles, les filles peuvent choisir de quitter la communauté pour accoucher, ce qui compromet leur accès au soutien familial et éventuellement aux soins de santé maternelle, néonatale et infantile santé sexuelle et reproductive des adolescents. Les données de l'Organisation mondiale de la santé semblent indiquer qu'un taux élevé de ces grossesses sont interrompues clandestinement ou par des prestataires non qualifiés pratiquant des avortements non médicalisés.¹² Si l'on considère les tendances régionales en Afrique, 25 % de tous les avortements non médicalisés concernent des adolescentes âgées de 15 à 19 ans, cette proportion se chiffrent à environ 8 % en Asie.¹³

Au niveau *structurel* ou *institutionnel*, il y a des défis liés à la rémunération à l'acte, aux lois et politiques restrictives entourant les services de santé disponibles, aux attitudes critiques des prestataires de soins de santé et à un manque de capacité technique pour une prestation de services de santé maternelle, néo natale et infantile/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.¹⁴ L'achèvement d'une évaluation des établissements de santé pour le projet SHOW en 2016 a permis de constater une combinaison de politiques et de pratiques mises à œuvre dans les cinq pays. Alors que les ministères de la Santé (MS) s'efforcent d'atténuer les différences, les données de l'Évaluation des établissements de santé de Plan International Canada (Figures 3 et 4), appuyées par l'OMS et d'autres sources, suggèrent qu'il existe des lacunes majeures dans la prestation de services adéquats pour ce groupe d'âge. Par exemple, au Nigeria, il existe une politique nationale de prestation de services de santé adaptés aux jeunes, mais elle n'a jamais été institutionnalisée au niveau de l'État au sein des centres de soins de santé primaires. Plan International, en étroite

¹² World Health Organization (WHO) Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. Genève : OMS; 2011.

¹³Avortement non médicalisé : Incidence, tendances, conséquences et défis mondiaux et régionaux Iqbal Shah, PhD, Elisabeth Åhman, MA, Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

¹⁴ Plan International. Adolescent/Adaptés, Mère, Nouveau-nés (enfant) Santé/Santé sexuelle et reproductive Services de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants/sexuelle et reproductive. Guide à l'intention du personnel et des superviseurs/gestionnaires des établissements de santé.



consultation avec le ministère de la Santé de l'État et le ministère fédéral de la Santé et d'autres parties prenantes concernées, a élaboré une directive de l'État pour des critères normalisés et un ensemble de normes minimales dans les services de soins de santé primaires, alignés sur une approche transformatrice sur le plan de l'égalité entre les sexes. Les directives approuvées par le gouvernement de l'État visent à améliorer la qualité, l'accès et l'utilisation des services de soins de santé pour élargir la couverture auprès des adolescents tout en clarifiant le contexte des besoins uniques de l'État.

Prestation de services de santé sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents

En tant que groupe hétérogène, les adolescents ont des perceptions différentes sur un service considéré comme « sexospécifique et adapté aux besoins des adolescents ». Toutefois, on s'attend à ce que ces services soient essentiellement confidentiels, accessibles, sans préjugé, disponibles à leur convenance, abordables ou gratuits et gérés par un personnel compétent selon les protocoles appropriés. En outre, les établissements de santé eux-mêmes doivent être équipés de médicaments, de fournitures et d'équipements appropriés ainsi que d'infrastructures attrayantes et « conviviales » grâce à l'ajout d'infrastructures pertinentes; l'OMS a défini des structures telles que les coins des adolescents, les coins d'allaitement et les écrans d'intimité comme celles qui fournissent aux adolescents les services appropriés selon ces critères.¹⁵

Le fait est que les adolescents ont des besoins en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs distincts de ceux des adultes.¹⁶ Par exemple, au Nigeria, les adolescentes interrogées lors des évaluations SHOW ont indiqué que les coûts et le fait d'être traitées par un personnel masculin constituaient leurs principaux obstacles aux services de santé; par conséquent, pour elles, le fait d'être sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents signifie une meilleure qualité et un traitement plus abordable de la part des prestataires de santé qui sont des femmes. Au Sénégal, les adolescentes enceintes célibataires interrogées ont déclaré qu'elles se sentaient limitées par la stigmatisation et la honte ressenties lors des visites dans les centres de santé.

L'expérience des adolescentes non mariées diffère de celle des femmes mariées comme le montre le témoignage suivant :

“

Il y a une différence. Parce que dès que le médecin sait que vous n'êtes pas mariée, il peut avoir des préjugés contre vous et changer son comportement et ne pas vous recevoir de la même manière que les femmes mariées. Une fois, le docteur m'a dit d'aller m'asseoir. Ça m'a fait de la peine.

– Adolescente célibataire, Nigeria

¹⁵OMS (2012) Making health services adolescent friendly. Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. Département de la Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

¹⁶ Young Adult Health and Well-Being: A Position Statement of the Society for Adolescent Health and Medicine Journal of Adolescent Health, (2017) Volume 60, Issue 6, 758–759.

Pour ces adolescents, des services adaptés signifient des services de qualité fournis par un personnel de santé sans jugement.

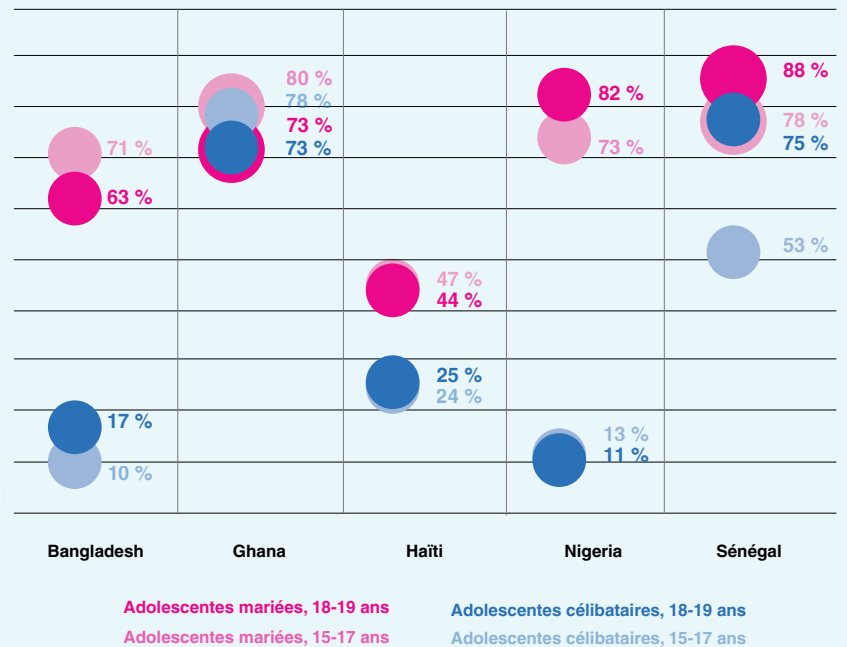
La Figure 1 illustre encore davantage les écarts dans la prestation de soins fondée sur le statut matrimonial. Il montre que les adolescentes, en particulier celles qui ne sont pas mariées, sont vulnérables lorsqu'il s'agit d'accéder aux contraceptifs modernes par rapport à leur groupe de pairs mariés. Dans les cinq pays, les adolescentes estimaient qu'il était plus facile pour les adolescentes mariées d'avoir accès aux contraceptifs modernes que pour les adolescentes non mariées.

Modèle SHOW de Plan International Canada : Comment commencer à améliorer les services de santé aux adolescents?

Au début du projet SHOW, la priorité a été donnée à l'intégration de services de santé maternelle, néonatale et infantile /santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans la prestation des services de santé de base.

Mais l'offre à elle seule n'était pas suffisante en l'absence d'actions correspondantes pour améliorer l'utilisation des services. En conséquence, les adolescentes et adolescents ont été mobilisés en tant que parties prenantes actives et bénéficiaires de la prestation de services de santé sexuelle et reproductive des adolescents pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé essentiels par les adolescents. Les sujets liés à la santé sexuelle et reproductive des

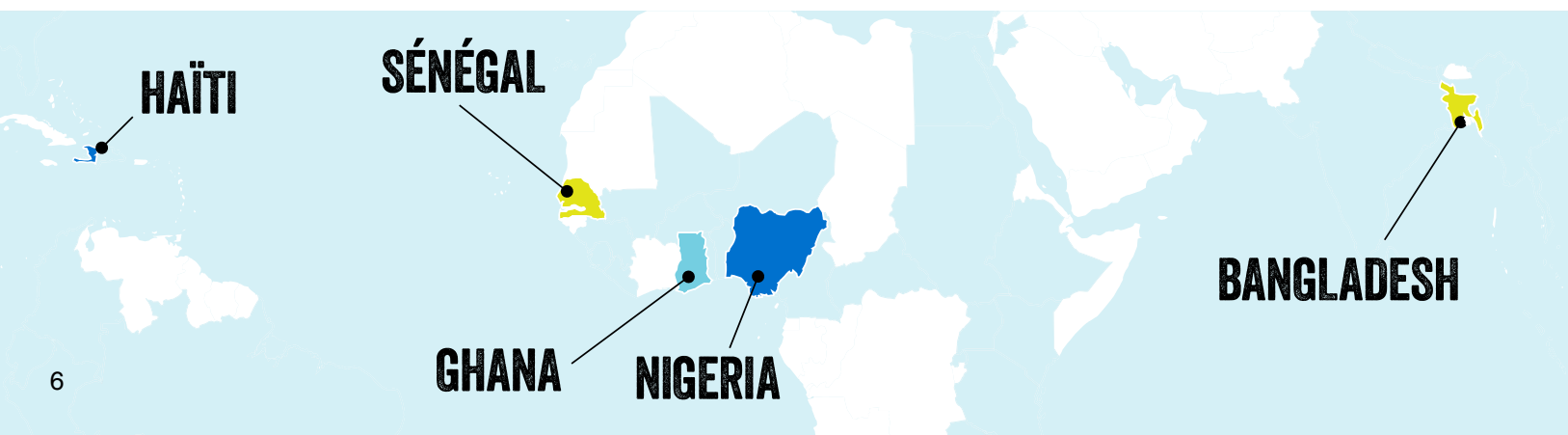
Figure 1 : Pourcentage d'adolescentes qui estiment que les adolescentes célibataires et mariées ont accès à des contraceptifs modernes, ventilés par âge des répondantes



adolescents ont été intégrés dans différents groupes communautaires (p. ex. groupes d'adolescents entre pairs, groupes d'engagement masculin, groupes de femmes influentes, groupes de soutien) avec des discussions et des réunions connexes afin de sensibiliser les membres de la communauté et de créer un environnement favorable pour encourager les adolescents à accéder et à utiliser les services de santé.

Afin d'améliorer la prestation des services de santé essentiels de qualité, l'état actuel de l'établissement de santé, en particulier en ce qui concerne la prestation des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents, a été évalué au moyen des évaluations des établissements de santé.¹⁷ Les évaluations des établissements de santé ont généré des

¹⁷ Les évaluations des établissements de santé étaient principalement un outil d'enquête quantitatif composé de 17 sections, adaptant les critères de l'OMS pour la disponibilité et l'état de préparation des services.



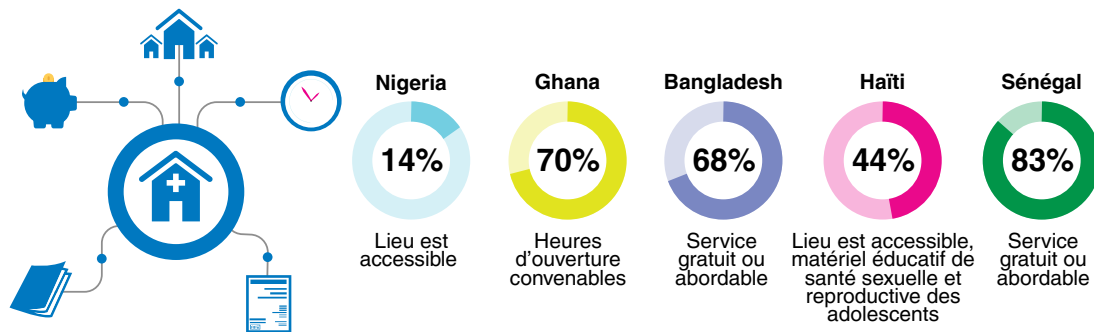


Figure 2 : Pourcentage d'établissements de santé ayant au moins l'un des cinq (5) critères sélectionnés pour les adolescents

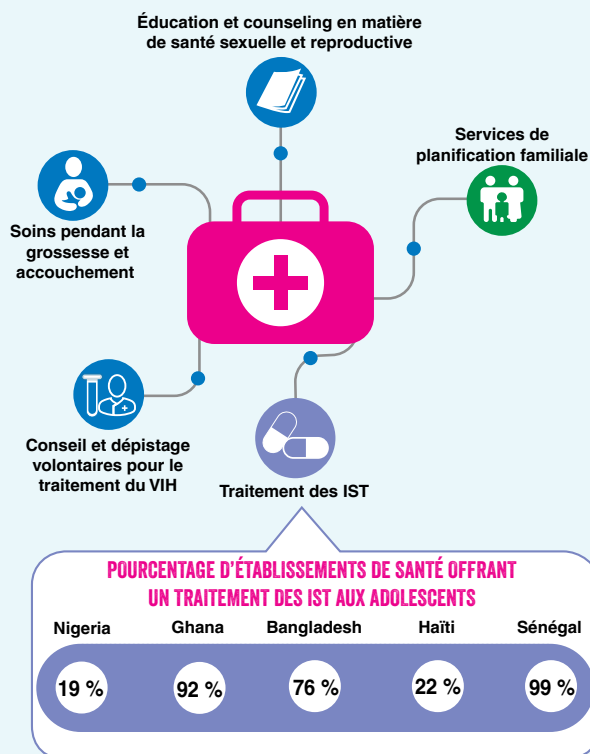
informations fiables sur la prestation des services (comme la disponibilité des ressources humaines et infrastructurelles clés), la disponibilité de l'équipement de base, les aménagements de base, les médicaments essentiels, les capacités de diagnostic et les interventions de santé sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents comme la planification familiale, les soins obstétricaux d'urgence de base et complets, la vaccination etc.

Les évaluations des établissements de santé ont évalué cinq critères importants : 1) un emplacement pratique; 2) des heures d'ouverture pratiques; 3) des services gratuits ou abordables; 4) la présence de directives écrites; et 5) du matériel éducatif sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents. **La Figure 2** met en évidence certaines des constatations des évaluations des établissements de santé fondées sur ces critères : le Bangladesh et le Sénégal (68 % et 83 % des établissements offraient des tarifs gratuits ou abordables, tandis que 70 % des établissements au Ghana avaient des heures d'ouverture pratiques. Cependant, Haïti et le Nigeria affichaient, respectivement à 44 % et 14 %, un pourcentage plus faible d'établissements de santé offrant un emplacement pratique et/ou du matériel éducatif sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents disponible. Ces résultats ont ensuite servi de base au plan d'intervention de Plan International pour les établissements. Il a reconnu que si les ministères de la santé des pays concernés avaient déjà fait des progrès remarquables dans la prestation de soins aux adolescents, il restait des faiblesses au sein des établissements de santé qui devaient encore être améliorées en termes de fournir des services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

Par ailleurs, les évaluations des établissements de santé ont noté que les ministères de la Santé offrent des ensembles mixtes de santé sexuelle et reproductive des adolescents dans chaque pays. L'ensemble de services suivant a été évalué dans les établissements de santé

individuels à partir des évaluations des établissements de santé : éducation et conseil en matière de santé sexuelle et reproductive, services de planification familiale, soins à la grossesse et à l'accouchement, conseil et dépistage volontaires pour le traitement du VIH et des IST. En ce qui concerne ce dernier point, **la Figure 3** montre que les ministères de la Santé de certains pays ont fait des progrès remarquables dans la mise en œuvre du traitement des IST chez les adolescents dans la majorité de leurs établissements de santé; au Bangladesh (76 %), au Sénégal (99 %) et au Ghana (92 %), ces services couvrent la majorité des établissements.

Figure 3 : Pourcentage d'établissements de santé offrant un traitement des IST pour les adolescents



Toutefois, sur le même indicateur, des efforts supplémentaires pour mettre en œuvre le traitement des IST ont été recensés comme une nécessité en Haïti (22 %) et au Nigeria (19 %) en raison de la faible

prévalence des établissements de santé offrant ce service. Une fois de plus, les évaluations des établissements de santé ont fourni la feuille de route pour l'intervention de Plan dans le soutien de la prestation des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents.

Modèle SHOW de Plan : Interventions renforçant les systèmes de santé pour des soins de santé de qualité pour les adolescents

En reconnaissance des obstacles et des besoins recensés, chaque pays du projet SHOW a utilisé un ensemble de cinq initiatives mises en œuvre conjointement avec les normes mondiales pour les soins de santé sexuelle et reproductive des adolescents.¹⁸ Ces interventions visaient à renforcer les dimensions de sexospécificité et d'adaptabilité aux adolescents pour améliorer l'accès aux services de santé par les adolescents. Elles comprenaient ce qui suit :

- 1) Renforcement des capacités du personnel de santé;
- 2) Plaidoyer en faveur de l'amélioration des politiques;
- 3) Revitalisation et renforcement des comités de santé communautaire (CSC);
- 4) Renforcement des systèmes de référence et contre référence; et
- 5) Amélioration des mécanismes d'assurance de la qualité.

Dans chaque pays, l'initiative SHOW a élaboré des plans de réhabilitation dans les établissements de santé en concertation avec les ministères de la santé et d'autres parties prenantes concernées afin d'assurer la coordination des efforts pour améliorer l'état des établissements de santé, y compris les rénovations et autres soutiens. Ces plans d'investissement dans les établissements de santé comprenaient des rénovations à petite échelle et la prestation d'équipements et de fournitures de base pour les services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive dans les établissements de santé ciblés.

1. Renforcement des capacités du personnel de santé

L'efficacité des services de santé destinés aux adolescents est plus efficace si les prestataires de soins de santé possèdent les compétences requises pour travailler avec les adolescents en général, dans

les aspects « spécifiques aux adolescents » de la promotion de la santé, des services préventifs, curatifs et de réadaptation, ainsi que dans les relations interpersonnelles et la communication. Dans le cadre de l'initiative SHOW, Plan International Canada a collaboré avec des partenaires, dont le ministère de la Santé, avec plus de 2 826 prestataires de services, en particulier au niveau des établissements de soins de santé primaires dans certaines des régions les plus reculées des pays. Plan a investi dans le renforcement des capacités du personnel de santé par la prestation d'une formation sur les composantes cliniques de la prestation de services de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants/santé sexuelle et reproductive des adolescents ainsi que sur leur capacité à répondre aux adolescents avec empathie et sensibilité pour contribuer au développement d'une bonne communication et du respect mutuel, avec un accent prononcé sur les besoins sexospécifiques des filles et garçons, dans toute leur diversité. Le contenu de la formation destinée aux prestataires de soins de santé était basé sur des protocoles et des directives techniquement solides et d'une utilité avérée, adaptés aux exigences de la situation nationale, régionale et approuvés par les autorités compétentes. La structure de formation comprenait des sessions basées sur les compétences pour développer les connaissances et les compétences de base par la pratique clinique et pratique dans des domaines tels que l'éducation et le conseil sur les services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents comme un aspect clé de la qualité des soins, de la santé sexuelle, des soins à la grossesse et à l'accouchement, des traitements et conseils relatifs aux ITS et des services de counseling et dépistage volontaires pour le VIH.

Le contenu de la formation sexospécifique et adaptée aux besoins des adolescents était fondé sur du contenu nouvellement élaboré ou adapté, en fonction des dotations des programmes d'études des pays, et comprenait des thèmes tels que : 1) comment faire en sorte que les services de santé répondent aux besoins des adolescents; 2) comment l'interaction entre l'inégalité entre les sexes et les déterminants sociaux de la santé a un impact sur les résultats en matière de santé; et 3) comment envisager des mesures contextuelles pertinentes pour s'assurer que les services de santé sont sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents et fournissent des services efficaces

¹⁸ OMS et ONUSIDA. (2015). Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Volume 1 : Normes et critères. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252726/9789242549331-vol1-fre.pdf;jsessionid=41572384C0074D9C593410FAD813D65F?sequence=1>



transmettre ces connaissances à d'autres collègues dans nos établissements qui n'ont pas pu bénéficier de la formation. » Une autre participante a ajouté : « En fait, je pensais qu'il n'y avait rien de mal à refuser des contraceptifs aux adolescentes, je croyais les aider à être sages, mais je suis maintenant mieux informée. » En Haïti, les prestataires de soins de santé, tout en participant à différentes formations théoriques et pratiques de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, ont reconnu que l'assistance technique ainsi que l'encadrement et les visites de supervision de soutien qui ont suivi ont contribué à la maîtrise de leur ensemble de compétences. Un agent de santé du Bangladesh a déclaré ce qui suit :



Je viens d'être recruté en tant que FWV (Family Welfare Visitor). Le soutien de mentorat m'a grandement aidé à développer mes connaissances pratiques sur différentes questions. En tant que prestataire de services, nous accusons des lacunes dans nos connaissances et un manque d'expérience pratique. La liste de contrôle de la supervision de soutien et le soutien de mentorat m'ont montré les indicateurs de qualité des services.

Kalo Chakma (FWV, Chengi UH&FWC, Panchari)

de santé adaptés à leur âge. En fin de compte, des directives complémentaires ont été rédigées et utilisées comme outils de référence pour des pratiques telles que la dotation en personnel en fonction des besoins, la mise à disposition de prestataires féminins de soins de santé maternelle et reproductive, ainsi que de personnel spécialisé dans les questions de santé sexuelle et reproductive des adolescents auprès des adolescentes et adolescents. Cela est d'autant plus important dans les environnements dominés par des normes culturelles conservatrices.

Pour les prestataires de soins de santé, ces formations ont été essentielles pour affiner leurs compétences et contextualiser les relations de genre dans leur travail. Par exemple, au Nigeria, un fournisseur de soins de santé a dit : «...c'est une révélation, nous n'avions jamais pensé que ces choses avaient de l'importance, que nous le savons, et nous nous assurerons de

Un succès remarquable dans les cinq pays du SHOW a été l'approbation par le ministère de la santé national/fédéral et l'inclusion d'un contenu sexospécifique et adaptés aux besoins des adolescents dans les documents des ministères de la santé gouvernementaux, tels que les manuels de formation clinique, les modules et les protocoles de référence. Par exemple, au Nigeria, Plan a aidé le gouvernement fédéral à intégrer une composante sexospécifique et adaptée aux besoins des adolescents en matière de contraception dans le programme national de formation sur la planification familiale destiné aux des prestataires de soins de santé. Au Bangladesh, le gouvernement a approuvé le manuel de formation et le protocole de référence du comité de gestion du Union Health & Family Welfare Centre.

Le Tableau 1 montre le personnel de santé en établissement dans les cinq pays du SHOW qui ont été formés à la prestation de services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. Le Sénégal comptait le plus d'employés formés (1 300) et Haïti le moins (69). Au Ghana, on note une répartition presque égale entre hommes et femmes prestataires de soins de santé, mais collectivement, il y avait une plus grande proportion de personnel de santé féminin formé en établissement (69 %) que de personnel masculin (31 %). Ce fossé entre les sexes est important car des études ont démontré qu'une main-d'œuvre médicale diversifiée au niveau des genres pourrait aussi se traduire par de meilleurs résultats pour les patients¹⁹ et que différents patients préfèrent être traités par un médecin de genre spécifique, ce qui est important pour un accès équitable aux soins.²⁰

2. Plaidoyer en faveur de l'amélioration des politiques de santé sexuelle et reproductive des adolescents

Dans de nombreux pays, les lois, les politiques et les allocations financières en vigueur entravent la fourniture équitable de services de santé aux adolescents, soit en exerçant une discrimination quelconque à leur encontre (par exemple, l'état civil), soit en rendant la prestation de services de santé inabordable pour les clients adolescents. Les responsables gouvernementaux

du ministère de la Santé, du ministère de la Condition féminine, du ministère de l'Égalité des sexes et d'autres organismes compétents des cinq pays participant au programme SHOW ont été sensibilisés à la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, ainsi qu'à la gouvernance et à la planification au Bangladesh, au Ghana, en Haïti et au Nigeria.²¹ Leurs références et réunions comprenaient des formations sur l'importance d'une prestation de services équitables, accessibles et acceptables pour améliorer les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents. En retour, dans le cadre de leur rôle crucial, ces représentants du gouvernement seraient alors en mesure, à long terme, de mieux défendre et mettre en œuvre des politiques connexes afin d'assurer la prestation d'un ensemble approprié de services de soins de santé pour les adolescents. Cela comprend l'information, le counseling, le diagnostic et le traitement en mettant l'accent sur les besoins et les priorités liés au genre, y compris le coût abordable des prestations et la confidentialité du client. Ils sont également bien placés pour plaider en faveur de la représentation des femmes dans les formations et de leur présence dans les établissements de soins de santé, ce qui permet d'améliorer les normes de prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. Enfin, dans les situations où leur rôle s'étend aux forums de prise de décisions au sein des sphères gouvernementales, ils peuvent aider à s'assurer que la santé des mères, maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et reproductive

Pays	Nombre total d'établissements de santé dans le programme SHOW	Nombre total d'agentes de santé en établissement formées à la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents	Nombre total d'agentes de santé en établissement formées à la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents	Nombre total d'agents de santé masculins en établissement formés à la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents
Bangladesh	71	541	368 (68 %)	173 (32 %)
Ghana	105	361	183 (51 %)	178 (49 %)
Haïti	11	69	52 (75 %)	17 (25 %)
Nigeria	244	555	334 (60 %)	221 (40 %)
Sénégal	210	1300	1019 (78 %)	281 (22 %)
Total	641	2826	1956 (69 %)	870 (31 %)

Tableau 1

¹⁹ Shannon G, Jansen M, Williams K, Cáceres C, Motta A, Odhiambo A, Eleveld A, Mannell J. (2019). Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *The Lancet*; 393: 560-69

²⁰ Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999; 282: 583-89.

²¹ Cette activité n'a pas été menée au Sénégal.

des adolescents restent un point prioritaire lorsqu'il s'agit de planification du développement sanitaire et des allocations budgétaires. Cette intervention, bien que plus difficile à attribuer, est fondamentale pour la viabilité à long terme de la prestation des services de santé sexuelle et reproductive des adolescents et de la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. En outre, certaines des améliorations structurelles apportées aux établissements et à l'appropriation des outils de formation peuvent être attribuées, en partie, aux efforts de plaidoyer de ces responsables gouvernementaux.

3. Revitalisation et renforcement des comités de santé communautaire (CSC)

Dans le cadre de l'approche de renforcement des établissements de santé dans le SHOW, des comités de santé communautaire (CSC) ont été revitalisés et mis en place, correspondant aux situations spécifiques des pays, pour superviser le fonctionnement général et la gestion de l'établissement de santé. Le plan comprend la formation des CSC sur la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents afin d'améliorer leur compréhension globale des besoins des adolescents et d'établir un partenariat avec le personnel de santé en établissement pour combler l'écart pour les services de santé sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents de qualité, notamment la promotion des services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive pour adolescents (filles et garçons) mariés et non mariés. En outre, les efforts du projet en faveur d'une représentation proportionnelle des femmes ainsi que celle des adolescents en tant que membres et dirigeants des CSC ont permis d'aider les structures de santé

communautaire à répondre de manière adéquate aux besoins variés et uniques des membres souvent négligés de la communauté, comme les femmes, les adolescentes et les adolescents. Ensemble, ces efforts ont permis de renforcer la prestation de services aux adolescentes et adolescents, en collaboration avec le personnel de santé en établissement.

L'étude a mi-parcours du programme SHOW, on a recueilli des données sur la participation des femmes dans les CSC afin d'évaluer les progrès par rapport au pourcentage de femmes membres des CSC et au pourcentage de femmes occupant des postes de direction dans les CSC. Le **Tableau 2** montre qu'il y a eu une amélioration de la participation des femmes dans les CSC et du niveau de participation des femmes aux postes de direction dans tous les pays du programme, sauf au Sénégal. En ce qui concerne la participation des femmes aux CSC, des améliorations remarquables ont été observées au Ghana, en Haïti et au Nigeria, avec des augmentations de 20, 13 et 16 points de pourcentage respectivement par rapport à la date de début. En ce qui concerne le niveau de participation des femmes aux postes de direction dans les CSC, des améliorations minimales ont été observées au Ghana et en Haïti, tandis que des améliorations notables ont été observées au Bangladesh et au Nigeria avec une augmentation de 7 et 10 points de pourcentage, respectivement. En termes de viabilité, ces résultats sont encourageants et laissent entrevoir un changement à long terme dans la participation des femmes et la prise de décisions dans les structures communautaires qui ont un impact direct sur les résultats de santé, y compris ceux des adolescents. D'autre part, l'engagement de Plan à mobiliser davantage les adolescents au sein des CSC s'est heurté à une certaine résistance au niveau national. À quelques exceptions près, au Bangladesh et au Nigeria,

Pays	% des membres femmes des CSC		% des postes de direction de CSC occupés par des femmes	
	Départ	Étude de mi-parcours	Départ	Étude de mi-parcours
Bangladesh	37	38	27	34
Ghana	21	41	25	26
Haïti	35	48	48	52
Nigeria	23	39	14	24
Sénégal	31	32	27	37

Tableau 2

les dirigeants des CSC basés au Bangladesh et au Nigeria ont souvent eu l'impression que la participation des adolescents les éloignait de leurs études ou entravait un débat plus ouvert sur les enjeux de santé. Dans tel cas, Plan a travaillé avec les CSC pour encourager les adolescents à s'exprimer dans les discussions, même si cela signifiait obtenir leurs opinions en dehors des réunions officielles. Lorsque cette démarche s'est avérée fructueuse, on en a conclu que les adolescents qui avaient été formés en dehors des CSC au sein d'autres groupes de jeunes pairs parvenaient à plaider de manière plus efficace au sein des CSC.

4. Renforcement du système de référence

Tout en mettant l'accent sur un ensemble approprié de services de soins de santé, le renforcement du système référence est également un facteur clé pour améliorer les services de santé sexuelle et reproductive des adolescents, y compris les services de santé maternelle, néonatale et infantile. Bien que les mères devraient idéalement recevoir des soins primaires avec l'expertise nécessaire aussi près de leur domicile que possible,²² un système de référence sert de « fonction d'appoint » importante si les complications mettant la vie en danger exigent une gestion et des compétences qui ne sont disponibles qu'à des niveaux de soins supérieurs.²³ L'importance pour les adolescents ne peut être sous-estimée - les références peuvent exiger le consentement des adultes, la divulgation aux parents ou un accompagnement; chacun de ces éléments peut être plus difficile pour les moins de 18 ans, en particulier pour les mères célibataires ou celles qui n'ont pas dévoilé leur état à leurs parents ou partenaire. Toutefois, si le système référence est utilisé de façon appropriée en tenant compte des besoins des adolescents, on peut s'attendre à ce qu'il réduise la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.²⁴ Le projet SHOW a appuyé et renforcé le système de référence vers des services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, dans le cadre d'un ensemble complet de services de santé qui répondent aux besoins de tous les adolescents, y compris les filles, les garçons et les femmes en âge de procréer.

Tous les pays du projet SHOW intègrent des références sexospécifiques sûrs et respectueux grâce à un environnement favorable de systèmes et de structures référence allant des établissements de soins de santé primaires aux établissements secondaires. Les protocoles de références ont été révisés, élaborés et utilisés comme directives pour informer le ministère de la Santé sur les services de référence sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. Ils ont facilité la mise en place d'un mécanisme de référence solide où tous les adolescents et adultes sont pris en charge de manière appropriée, quels que soient leur sexe, leur âge ou leurs capacités.

Des formations sexospécifiques et adaptées aux besoins des adolescents sur les protocoles de référence ont également été organisées à l'intention du personnel de santé en établissement et des opérateurs de transport. Ils ont doté le personnel de santé des connaissances et des compétences nécessaires pour fournir un soutien et des accommodements appropriés aux patients et à leur accompagnateur en transition tout au long du processus de référence en plus de fournir un traitement approprié au patient référé. Les formations destinées aux opérateurs de transport ont permis de s'assurer que toutes les femmes et les filles enceintes, ainsi que leurs accompagnateurs, sont traitées avec dignité, respect et sensibilité tout au long du continuum de soins (y compris les références). En retour, leur capacité accrue contribue à la mise en place d'un système de transport sexospécifique et adapté aux besoins des adolescents qui soit abordable, rapide, confortable et sûr pour les adolescents et les adultes.

Le **Tableau 3** montre que le personnel de santé féminin et masculin en établissement, ainsi que les opérateurs de transport, ont reçu une formation sur les protocoles référence sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. Le Ghana comptait le plus de membres formés du personnel (3360), Haïti le moins (79). Au Bangladesh, en Haïti et au Nigeria, la proportion de femmes formées était plus élevée que celle des hommes.

²² Jahn A, De Brouwere V. Referral in pregnancy and childbirth: concepts and strategies. Dans : De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Anvers: ITG Press; 2001. p. 229–246.

²³ OMS (1994). Le dossier mère-enfant: Guide pour une maternité sans risque, Programme Santé maternelle et maternité sans risque, OMS, Genève.

²⁴ Jahn A, De Brouwere V. Referral in pregnancy and childbirth: concepts and strategies. Dans : De Brouwere V, Van Lerberghe W, éditeurs. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Anvers: ITG Press; 2001. p. 229–246.

Pays	Nombre total d'agents de santé par établissement ayant reçu une formation sur les protocoles référence (révisés)	Nombre total d'agentes de santé par établissement ayant reçu une formation sur les protocoles référence (révisés)	Nombre total d'agents de santé par établissement ayant reçu une formation sur les protocoles de référence (révisés)	Nombre total d'opérateurs de transport ayant reçu une formation sur les protocoles de référence (révisés)
Bangladesh	407	281 (69 %)	126 (31 %)	208
Ghana	3360	1073 (32 %)	2287 (68 %)	935
Haïti	79	45 (57 %)	34 (43 %)	17
Nigeria	2749	2505 (91 %)	244 (9 %)	488

Tableau 3

Enfin, la communication pour les soins de recours est facilitée par un formulaire de référence ou par une plate-forme informatique qui assure des soins et un suivi sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents; la base de données est alors capable d'analyser les données par groupe d'âge (y compris les adolescents: 10 à 14 ans, 15 à 19 ans) pour les femmes et filles enceintes et allaitantes. Ces données ventilées donnent une idée plus précise de l'ampleur du fardeau, des besoins de santé des adolescents et des obstacles aux services pour ce groupe d'âge. Toutes ces initiatives s'inscrivent également dans le cadre des efforts de plaidoyer en cours pour assurer la pérennité de référence sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans chacun des cinq pays après la clôture du programme en 2020.

5. Améliorer les mécanismes d'assurance de la qualité

Dans le cadre de ses mécanismes d'assurance de la qualité, SHOW met en œuvre des visites de supervision conjointes sur le terrain ainsi que des visites de supervision et d'accompagnement intégrés. Ces deux types de visites de supervision ouvrent la voie à une rétroaction précieuse et à l'amélioration de la prestation de services de santé sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans les établissements de soins de santé. Elles sont planifiées à l'avance et menées en collaboration avec les parties prenantes telles que les représentants gouvernementaux, le personnel en établissement, les partenaires locaux et les membres de la communauté.

Des visites de surveillance et de supervision conjointes sur le terrain ont été effectuées régulièrement dans les cinq pays du projet SHOW. Les visites conjointes comprennent des visites de surveillance sur les sites

du programme pour s'assurer du respect des normes de santé sexuelle et reproductive des adolescents. Les intrants, extrants et les résultats du programme sont examinés en tant qu'évaluation comparative par rapport aux outils de suivi des établissements de santé tels que les listes de contrôle et les normes d'intervention du programme, y compris les points de repère sur la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

Les visites de supervision et d'accompagnement intégrés permettent également de fournir une rétroaction aux prestataires de soins de santé et de surveiller les processus de collecte de données afin d'améliorer la prise de décisions en matière de soins de santé. Différents outils tels que les listes de contrôle de supervision et d'accompagnement intégrés, les listes de contrôle des établissements et les cartes de soins prénatals et postnatals ont été utilisés pour faciliter ce processus. Ces outils et processus ont été renforcés dans le cadre du projet afin d'incorporer des indicateurs plus sexospécifiques et mieux adaptés aux besoins des adolescents. Outre les visites de surveillance conjointe sur le terrain et de supervision et d'accompagnement intégrés, le Bangladesh et Haïti ont mis en œuvre des initiatives de reconnaissance pour les champions de la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents comme moyen de soutenir les mécanismes d'assurance de la qualité. Au Bangladesh, des établissements de santé ont été récompensés pour avoir modélisé les normes minimales en matière de prestation de services sexospécifiques et axés sur les adolescents dans l'ensemble du continuum de soins, tandis qu'en Haïti, les prestataires de services ont été honorés et reconnus pour leur prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. Ces mesures incitatives visent à encourager d'autres établissements de santé et le personnel à atteindre les normes améliorées.

Plus de résultats en faveur des services de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents

Comme indiqué précédemment, des enquêtes à mi-parcours ont été menées dans les cinq pays du SHOW entre août et novembre 2018, en partie pour évaluer les progrès accomplis dans la prestation des services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

Le **Tableau 4** montre que les données à mi-parcours²⁵ ont révélé que quatre des cinq pays du SHOW avaient un pourcentage plus élevé d'établissements de santé fournissant des services de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents entre le début et le moyen terme du programme. Le pourcentage d'établissements de santé offrant des services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents a considérablement augmenté au Ghana et en Haïti, tandis que des améliorations plus modérées ont été observées au Nigeria et au Sénégal. L'exception a été le Bangladesh, où on a observé un recul de 9 points de pourcentage en raison de la sélection des établissements évalués.²⁶ Dans l'ensemble, on note une augmentation de 27 points de pourcentage des établissements de santé dans les cinq pays du SHOW qui ont fourni des services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

En termes de rendement des établissements de santé, les composantes clés des services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents ont été mesurées au départ et à mi-parcours, avec des améliorations notables dans quelques composantes clés

Comment le personnel de santé peut-il faire en sorte que les références soient sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents?

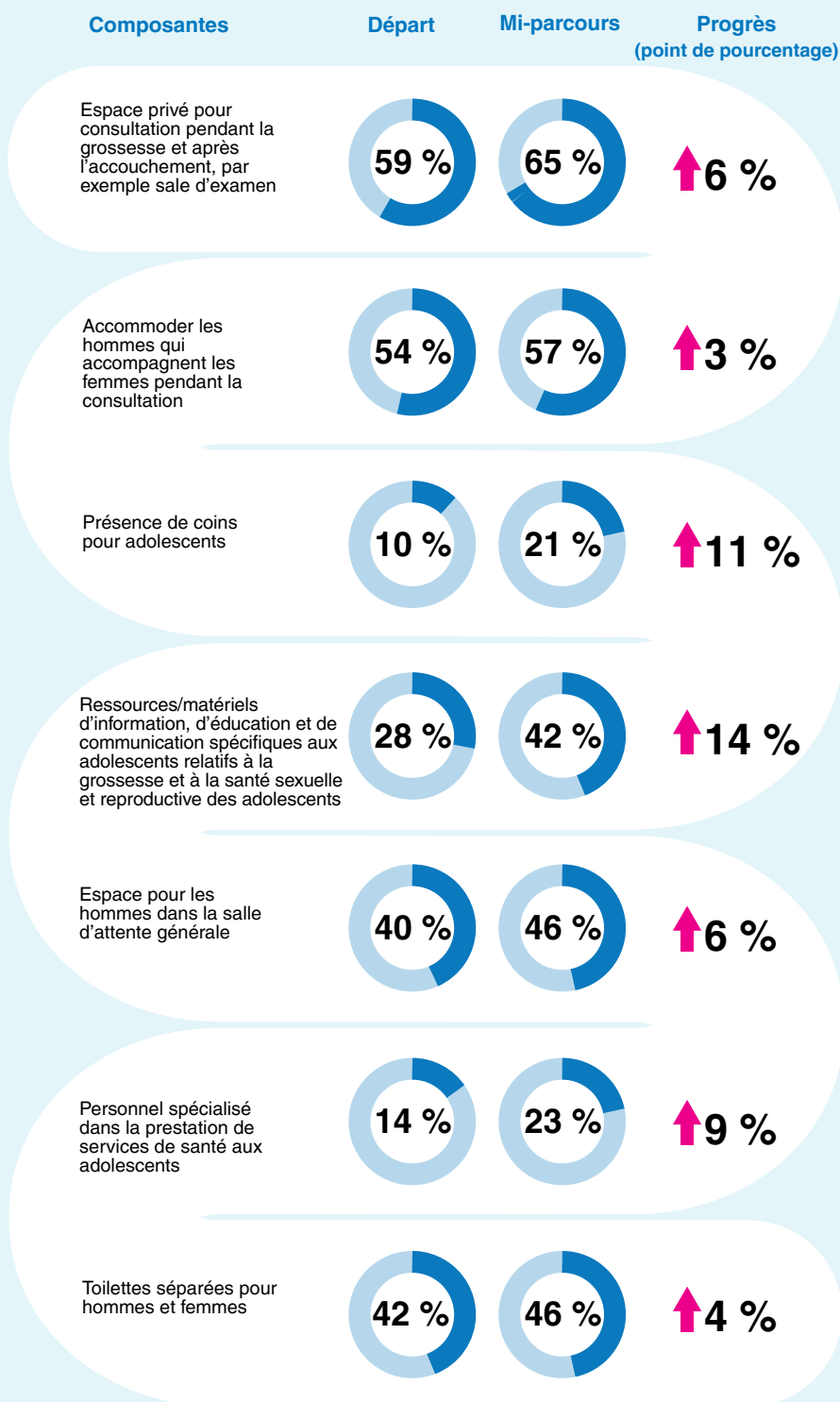
- *Demander si un partenaire ou un membre de la famille peut les accompagner.*
- *Expliquer la raison de référence, y compris les renseignements sur le prestataire de soins de santé et l'établissement de santé vers lequel ils sont aiguillés.*
- *Suggérer des moyens de transport appropriés*
- *Écouter les préoccupations des adolescentes et adolescents et y répondre, dans la mesure du possible.*
- *Remplir correctement les formulaires appropriés et fournir des duplicatas au patient.*
- *Traiter le patient avec dignité, respect, vie et confidentialité.*
- *Accommoder et faire participer le partenaire ou le membre de la famille.*

Pays	Etude de base	Mi-parcours
Bangladesh	32 %	23 %
Ghana	26 %	89 %
Haïti	0 %	73 %
Nigeria	28 %	29 %
Sénégal	49 %	57 %
Moyenne générale	27 %	54 %

Tableau 4

²⁵ En raison des limites de l'approche au départ et à mi-parcours dans l'échantillonnage des établissements de santé, les résultats sont indicatifs et ne devraient pas être généralisés.

²⁶ Après une enquête plus poussée, il a été noté que cette diminution était due au type d'établissement mesuré. Les comités de gestion de l'Union Health & Family Welfare Centre (UH&FWC) ont obtenu de meilleurs résultats que les cliniques communautaires (pour ce qui est d'offrir des services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents).



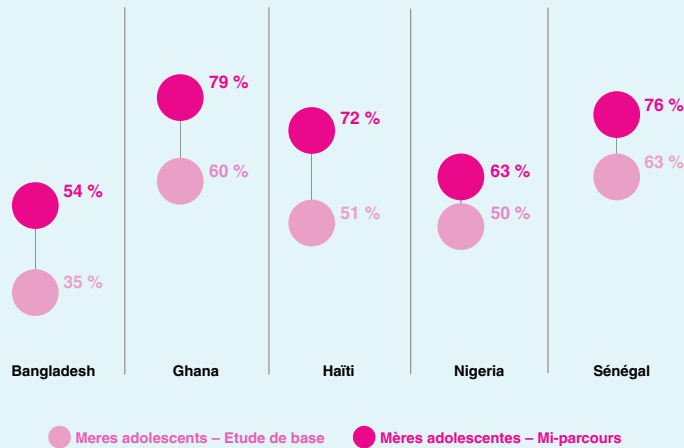
En raison des limites de l'approche au départ et à mi-parcours dans l'échantillonnage des établissements de santé, les résultats sont indicatifs et ne devraient pas être généralisés.

(Figure 5). Par exemple, dans les cinq pays du projet SHOW, des améliorations ont été observées entre le début et la mi-parcours dans la présence de coins pour adolescents. Cela s'est traduit par une augmentation globale de 11 points de pourcentage pour le portefeuille national. Par ailleurs, au Ghana, en Haïti, au Nigeria et au Sénégal, des améliorations ont été constatées entre le début et la mi-parcours dans la présence de ressources/matériels d'information, d'éducation et de communication spécifiques aux adolescents relatifs à la grossesse et à la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Malgré la baisse observée au Bangladesh, une augmentation de 14 points de pourcentage a été constatée dans le portefeuille. Les autres composantes clés énumérées dans le tableau ci-dessous ont connu des améliorations globales plus modestes entre le la date de début et la mi-parcours.

Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête à mi-parcours ont montré des améliorations dans la prestation de services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans la plupart des établissements de santé des cinq pays du programme SHOW. Les cinq normes mondiales qui ont été appliquées (en plus des programmes de rénovation à petite échelle) ont eu des effets positifs sur la création d'environnements plus propices à l'accès des adolescents aux services de santé dont ils ont besoin. D'autres preuves de l'augmentation de l'utilisation des services de soins prénatals, de la présence de personnel qualifié pendant les accouchements, des soins postnatals et de l'utilisation des services contraceptifs par les mères adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) viennent appuyer les effets bénéfiques du projet SHOW.

Figure 5

Figure 4 : Pourcentage d'adolescentes mères qui ont reçu 4 services de soins prénatals ou plus par un prestataire qualifié au départ et à mi-parcours



Soins prénatals

Les résultats de l'enquête de mi-parcours auprès des ménages montrent des tendances intéressantes en ce qui concerne l'utilisation des services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive. Les données sur les soins prénatals montrent que le pourcentage de mères adolescentes déclarant avoir reçu quatre services de soins prénatals ou plus a augmenté depuis l'étude de référence dans tous les pays du projet.

Service d'accouchement

En ce qui concerne le recours à des sages-femmes qualifiées pendant l'accouchement, l'examen à mi-parcours a montré une augmentation de l'utilisation des sages-femmes qualifiées, dans les cinq pays, tant pour les mères adolescentes que pour les mères adultes. Les mères adolescentes au **Ghana** ont connu la plus forte augmentation par rapport au début, tandis que l'utilisation des sages-femmes qualifiées était la plus élevée dans l'ensemble au **Sénégal**. Le **Nigeria** a affiché les taux les plus faibles à la fois au départ et à mi-parcours. En ce qui concerne le lieu de l'accouchement, la plupart des femmes en **Haïti**, au **Ghana** et au **Sénégal** accouchent dans un établissement.

Figure 5 : Pourcentage d'adolescentes mères qui ont reçu les services d'une sage-femme qualifiée pendant l'accouchement

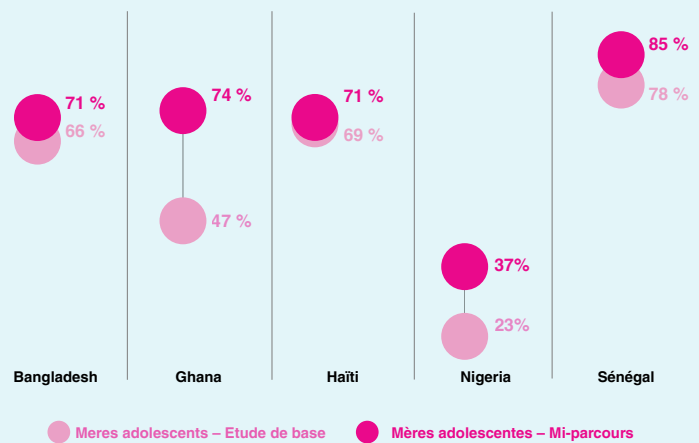
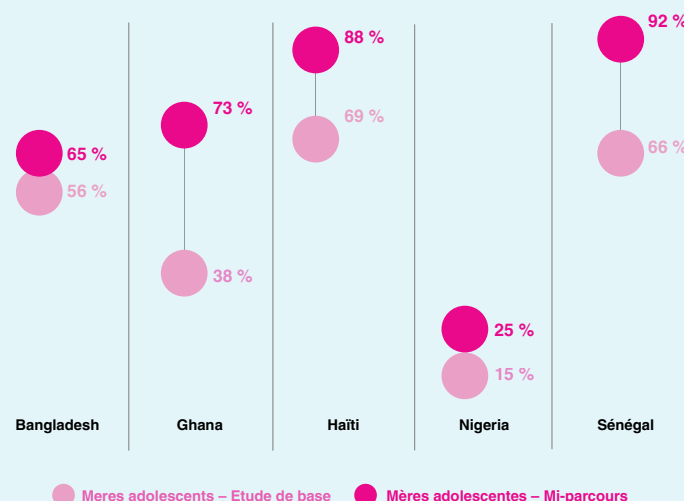


Figure 6 : Le pourcentage de mères adolescentes qui ont reçu des soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement



Soins postnatals

Les résultats à mi-parcours ont montré des améliorations dans les cinq pays pour les soins postnatals dans les 2 jours par rapport aux résultats de l'étude de référence. Les taux de soins postnatals les plus élevés ont été signalés au **Sénégal** suivi par **Haïti** tandis que le **Nigeria** a enregistré les taux les plus faibles d'utilisation de soins postnatals. Le **Ghana**, par contre, a montré une nette amélioration dans l'augmentation des soins postnatals de 38 % à 73 %. Dans les cinq pays, les infirmières et les sages-femmes étaient les principaux prestataires de services des soins postnatals selon les données de mi-parcours.

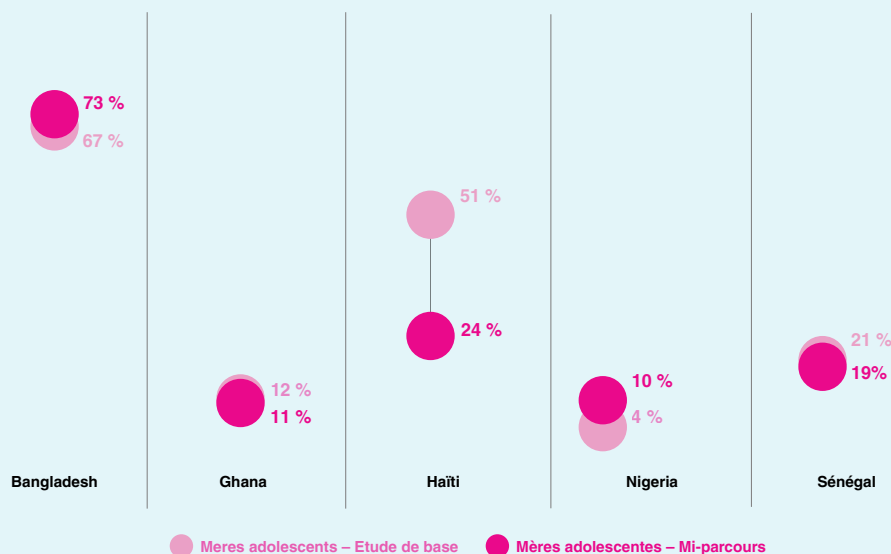


Planification familiale

Les questions de l'enquête à mi-parcours sur la planification familiale n'ont été posées au départ et à mi-parcours qu'aux répondants qui se sont identifiés comme actuellement mariés ou vivant en concubinage. Les résultats de l'enquête à mi-parcours semblent indiquer une augmentation générale de la proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent actuellement des méthodes contraceptives modernes. Toutefois, des taux d'adoption plus faibles ont été observés chez les adolescents. Avec 73 %, le Bangladesh affiche les taux les plus élevés d'adolescentes mères qui utilisent une forme quelconque de contraception moderne. Dans l'ensemble, le projet prépare lentement le terrain pour progresser sur cet indicateur compte

tenu des perceptions erronées et des normes sociales nuisibles dans chaque pays. En outre, on ne saurait sous-estimer l'importance d'obtenir le consentement de la belle-famille et des maris des adolescentes. La forte influence de la société sur la façon dont les adolescents devraient vivre leur vie et la façon dont ils vivent leur vie crée beaucoup de confusion et d'obstacles à leur acceptation par la communauté. Par ailleurs, prouver sa fertilité est plus fréquent chez les adolescentes juste après leur mariage, outre la peur de l'infertilité qui les empêche d'opter pour ces services, malgré leur disponibilité. L'interaction entre le genre, l'environnement, le niveau d'éducation et la capacité de prise de décisions sont autant de limites critiques qui exigent un changement de comportement et prennent donc plus de temps.

Figure 7 : Pourcentage de mères adolescentes qui utilisent actuellement une méthode de contraception moderne



Conclusions

En conclusion, les résultats et les tendances révélés jusqu'à présent à mi-parcours montrent que les adolescents ont accès à des services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents améliorés à mesure que le programme SHOW continue à aider les adolescentes et adolescents à grandir et à se développer en bonne santé.

Les évaluations des établissements de santé servent de ressource de base pour l'affinement et la contextualisation du soutien du programme prévu dans chaque établissement de santé des pays du SHOW. Elles servent également de référence pour le suivi des progrès du projet en termes de promotion de la disponibilité des services et de la capacité opérationnelle accrues des structures soutenues à offrir des services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. Il s'agit notamment de guider l'échelle, la portée et la priorité de la remise en état des établissements de santé et de l'élaboration d'un plan d'investissement des

établissements de santé, y compris les plans de rénovation à petite échelle des établissements et la fourniture des médicaments et équipements de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive essentiels, ainsi que les processus et équipements de traitement des déchets cliniques. Les évaluations des établissements de santé, bien qu'il s'agisse d'un processus intense utilisant les critères du projet pour cerner les lacunes et les faiblesses, ont servi de base au soutien et à l'amélioration futurs visant à cibler efficacement les établissements de santé par le ministère de la Santé et d'autres partenaires de développement et à limiter le chevauchement des efforts.

Dans le cadre des évaluations des établissements de santé, les ressources et les systèmes disponibles, insuffisants ou à renforcer ont été recensés, de même que la capacité des ressources humaines à fournir des services de qualité. Les résultats des projets ont également montré que l'accès et l'adoption de services de santé sexuelle et reproductive sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents sont les plus efficaces lorsqu'ils s'accompagnent d'une



bonne combinaison de formation et d'amélioration des installations sanitaires et d'une acceptation communautaire des activités de stimulation de la demande. Le processus a aidé les équipes de projet des cinq pays à travailler en étroite collaboration avec le gouvernement, tant pour le renforcement des capacités des prestataires de soins de santé que pour la remise en état des établissements de santé. Le processus de consultation, bien qu'il ait été excellent pour ce qui est de renforcer l'appropriation et la durabilité, a pris beaucoup de temps, le projet ayant connu des retards dans sa mise en œuvre, ce qui a entraîné la réalisation des interventions en différentes phases. Certains critères tels que la flexibilité des heures d'ouverture des établissements, l'augmentation du nombre de femmes au sein du personnel, la disponibilité de toilettes séparées pour les hommes et les femmes, et l'espace supplémentaire pour les consultations privées et les salles d'attente ont été possibles grâce à des efforts de plaidoyer ciblés en collaboration avec le ministère de la Santé à travers les CSC.

Pour être efficace, la formation des prestataires de soins de santé doit être combinée à une supervision de soutien. Le rendement des agents de santé est perçu comme étant en voie d'amélioration, ce qui peut être attribué à la supervision de soutien dans le cadre de laquelle ils reçoivent la reconnaissance de leur bon rendement et ont aussi l'occasion de solliciter des conseils sur les compétences et les connaissances qu'ils ne sont pas capables d'acquérir de manière adéquate. Ces interactions leur permettent de poursuivre leur apprentissage après les formations et servent de rappel pour leurs compétences de base. La question des supervisions de soutien nécessite toujours un soutien supplémentaire de la part du ministère de la Santé, car elles ont été reçues de leurs superviseurs après l'intervention. Une étroite collaboration avec la communauté et le ministère de la Santé a contribué à faire de la santé sexuelle et reproductive des adolescents un programme prioritaire garantissant la durabilité des efforts au-delà de la durée de vie du projet.



Pour en savoir plus et participer, visitez le site plancanada.ca.



Plan International Canada Inc.

Bureau national

245, avenue Eglinton Est
Bureau 300
Toronto, ON M4P 0B3
Canada

Bureau d'Ottawa

130, rue Slater
Bureau 1350
Ottawa, ON K1P 6E2
Canada

416 920-1654

1 800 387-1418

getinvolved@plancanada.ca

plancanada.ca



Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance de l'ARC 11892 8993 RR0001

2019 Plan International Canada Inc. Les noms, marques et logos associés de Plan international Canada et Parce que je suis une fille

sont des marques de commerce de Plan International Canada Inc.

*La marque de confiance du Programme des normes est une marque d'Imagine Canada utilisée sous licence par Plan International Canada.