

SEPTEMBRE 2016

PAR **NANCY YINGER**

UN BESOIN À SATISFAIRE, UNE PROMESSE À TENIR : LA JEUNESSE ET LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES RÉVERSIBLES ET À LONGUE DURÉE D'ACTION

1 %

Le taux d'échec des méthodes réversibles et à longue durée d'action (MRLDA).

51 %

La proportion d'avortements non médicalisés en Afrique subsaharienne attribués à des femmes de moins de 25 ans.

33
MILLIONS

Le nombre de jeunes femmes dans les pays à revenus faibles et intermédiaires souhaitant retarder ou limiter leurs grossesses mais n'utilisant pas de produits contraceptifs.

À l'heure actuelle, 25 % de la population mondiale, soit 1,8 milliard de personnes, est constituée de jeunes âgés de 10 à 24 ans.¹ Ce groupe vaste et diversifié façonnera notre avenir démographique, économique, social et politique et doit être au centre des investissements pour permettre à ces individus et à leur pays de réaliser leur plein potentiel. La proportion la plus élevée de jeunes à ce jour (89 %) vit dans des pays en voie de développement. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, où les taux de fécondité demeurent élevés, nous pouvons anticiper des cohortes croissantes d'enfants et de jeunes, à moins de répondre aux besoins rencontrés dans ce domaine.² Remédier aux besoins de cette large frange de la population en santé sexuelle et en santé de la reproduction est essentiel pour garantir son droit universel à la santé, notamment s'agissant de l'accès aux méthodes contraceptives, et pour faciliter son éducation, lui proposer des emplois valorisants et réduire la pauvreté.

Heureusement, l'importance de la prestation d'informations et de services en santé de la reproduction à la jeunesse commence à retenir l'attention des observateurs mondiaux. En 2015, la Déclaration de consensus mondial sur la jeunesse et les méthodes contraceptives réversibles et de longue durée (MRLDA) a été émise et signée par plus de 50 organisations et gouvernements parmi les plus influents.³ Cette déclaration (voir Encadré 1) stipule que le fait de garantir l'accès des jeunes aux MRLDA facilitera la prévention des grossesses non souhaitées,

ENCADRÉ 1

Déclaration de consensus mondial : Élargissement des choix contraceptifs des adolescentes et des jeunes grâce à l'inclusion des méthodes réversibles à longue durée d'action

Les efforts déployés à l'échelle mondiale pour prévenir les grossesses non souhaitées et améliorer l'espacement des naissances chez les adolescentes et les jeunes réduiront la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles, diminueront les taux d'avortements clandestins, réduiront la transmission du VIH et l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST), amélioreront le statut nutritionnel de la population, permettront aux jeunes filles de poursuivre leur scolarité, ouvriront de nouvelles perspectives économiques, et contribueront à la réalisation des Objectifs de développement durable. Nous reconnaissons, et appelons tous les programmes cherchant à promouvoir la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes à reconnaître, la nécessité de garantir le choix éclairé de l'ensemble des produits contraceptifs. Nous nous engageons ainsi à :

- Donner accès à l'ensemble des options disponibles en matière de contraception, notamment les méthodes réversibles et à longue durée d'action (à savoir les implants et les DIU) à toutes les adolescentes et jeunes femmes sexuellement actives (du début du cycle menstruel à l'âge de 24 ans), indépendamment de leur état civil et de leur parité.*
- Veiller à ce que les MRLDA soient offertes et disponibles parmi les options contraceptives essentielles, dans le cadre de l'éducation, du counseling et des services liés à la contraception.
- Dispenser des informations fondées sur des données probantes aux décideurs politiques, aux représentants des ministères, aux responsables programmatiques, aux prestataires de services, aux communautés, aux membres de la famille, aux adolescents et aux jeunes concernant la sûreté, l'efficacité, la réversibilité, la rentabilité, l'acceptabilité, les taux d'utilisation continue et les bienfaits sanitaires et autres des méthodes de contraception, notamment les MRLDA, pour les adolescentes et les jeunes sexuellement actives souhaitant éviter, retarder ou espacer une grossesse.

Lire la déclaration dans son intégralité, « Global Consensus Statement: Expanding Contraceptive Choice for Adolescents and Youth to Include Long-Acting Reversible Contraception, » sur www.familyplanning2020.org/resources/10815.

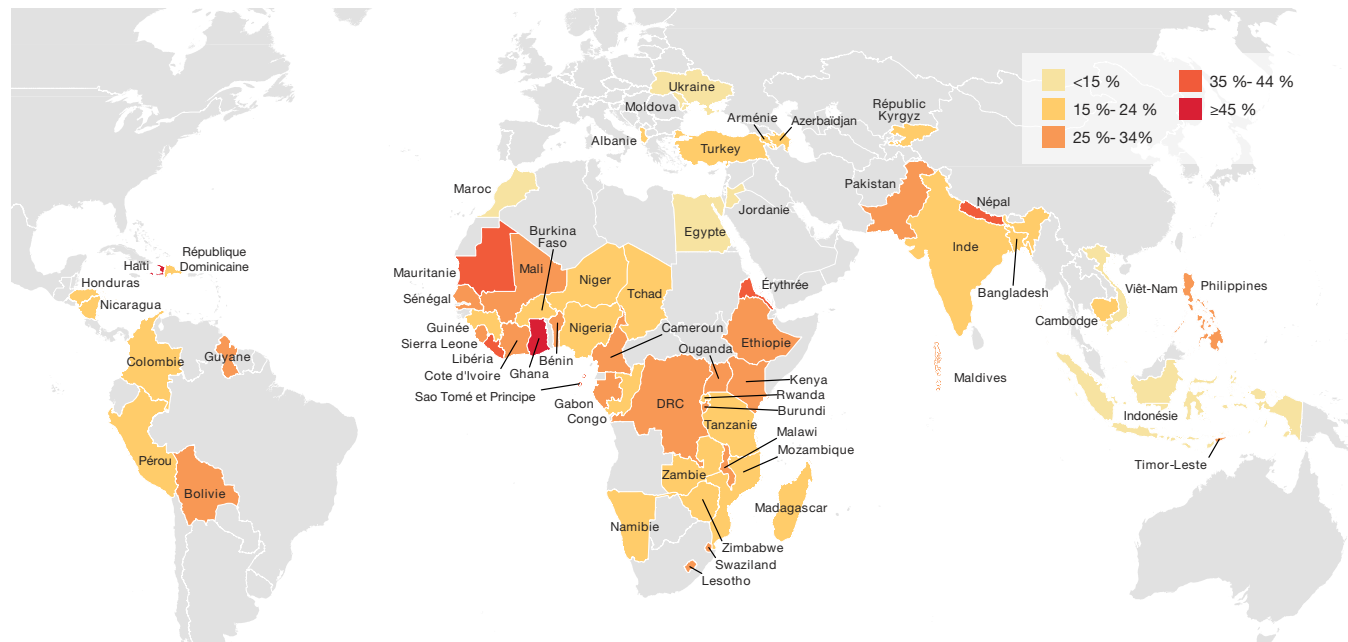
*La parité fait référence à un état ou à une situation d'égalité, en particulier en matière de statut ou de rémunération.

Source : Pathfinder International, Evidence 2 Action (E2A), Population Services International (PSI), Marie Stopes International, FHI 360.

FIGURE 1

Près de deux tiers des jeunes femmes en union ayant un besoin non satisfait vivent dans un des dix pays d'Asie du Sud ou du Sud-Est.

Femmes mariées avec des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, âgées de 15 à 24



Source : Kerry L.D. MacQuarrie, *Unmet Need for Family Planning Among Young Women: Levels and Trends*, DHS Comparative Reports No. 34 (Rockville, MD: ICF International, 2014).

la réduction des taux de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles, et la diminution des avortements à risque, tout en donnant aux jeunes la possibilité de choisir, sur la base d'une décision éclairée, une méthode contraceptive à partir de la palette complète de produits. Cette note de politique générale aborde les divers avantages et défis relatifs à la prestation aux jeunes de MRLDA, en particulier les implants contraceptifs et les dispositifs intra-utérins (DIU), et présente des études de cas tirées d'expériences réalisées en Éthiopie et à Madagascar. Elle décrit, par ailleurs, les actions à entreprendre par les décideurs politiques et les bailleurs de fonds pour que l'accès des jeunes à ces méthodes devienne une réalité.

Relever les défis et répondre aux besoins non satisfaits

De nombreux défis subsistent quant à la reconnaissance de la santé sexuelle et reproductive (SSR) des jeunes et de leurs droits dans ce domaine. Bon nombre de jeunes filles et de jeunes femmes sont obligées de se marier et de tomber enceintes à un âge précoce, en particulier dans les pays en voie de développement où les normes sociétales imposent de telles pratiques. Le mariage et une grossesse à un âge précoce coupent une jeune femme de son éducation et limitent son engagement social, tout en occasionnant des risques graves pour la santé de la mère et de l'enfant. Les jeunes femmes,

en particulier celles ne vivant pas en union, sont également confrontées à un risque non négligeable d'avortement non médicalisé.⁴ En Afrique subsaharienne, les femmes de moins de 25 ans représentent 51 % des avortements clandestins.⁵

Pourtant, beaucoup de jeunes souhaitent être en mesure de contrôler leur fécondité. Des données ont récemment montré qu'environ 33 millions de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans parmi 61 pays à revenus faibles et intermédiaires avaient un besoin non satisfait en matière de contraception, cela signifiant qu'elles souhaitaient retarder, espacer ou même, dans certains cas, limiter leurs grossesses mais qu'elles n'utilisaient pas de méthode contraceptive. On estime que 64 % des jeunes femmes en union ayant un besoin non satisfait résident dans un des dix pays d'Asie du Sud ou du Sud-Est, 16 % en Afrique de l'Ouest et du Centre, et 12 % en Afrique équatoriale et australe (voir Figure 1).⁶ Répondre aux besoins non satisfaits permettrait de contribuer de manière substantielle à l'utilisation accrue des contraceptifs et au ralentissement de la croissance démographique à l'échelle mondiale.

Les jeunes sont confrontés à des obstacles majeurs concernant l'accessibilité et l'utilisation des méthodes contraceptives. Parmi ces obstacles figurent : le manque de connaissances sur les options disponibles en matière de contraception, les mythes et les conceptions erronées entourant les méthodes, les parti pris des prestataires quant aux méthodes jugées les plus adéquates pour les

adolescentes, le manque de soutien auprès de la famille, du partenaire ou de la communauté, les normes sociales négatives, ainsi que le manque de ressources permettant de rallier les points de prestation ou de s'acquitter du montant des services obtenus. Ces problèmes sont amplifiés dans le cas des MRLDA (voir Encadré 2, page 3).

Une composante essentielle garantissant la santé sexuelle et reproductive des jeunes et la réduction des besoins non satisfaits consiste à rendre disponible la palette complète des méthodes contraceptives, notamment les MRLDA, celles-ci ayant un taux d'échec très faible (moins de 1 %). Les données issues des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) soulignent que les jeunes utilisant des produits contraceptifs ne choisissent généralement pas les méthodes les plus efficaces, et encore moins les MRLDA. Plus de 50 % du groupe d'âge le plus jeune (15 à 19 ans) utilisent des méthodes traditionnelles et des préservatifs, suivis des pilules contraceptives et des injectables. Les 20 à 24 ans montrent une utilisation légèrement plus élevée des méthodes hormonales et des DIU (voir Figure 2, page 4).⁷ Outre les défis liés à l'utilisation de méthodes moins efficaces, les données confirment clairement que dans les pays en voie de développement et aux États-Unis, les jeunes n'utilisent pas de méthodes contraceptives aussi efficacement que les femmes plus âgées.⁸ Pourtant, l'écart du rapport utilisation-efficacité entre les jeunes et les utilisatrices plus âgées est moindre pour les MRLDA (voir Figure 3, page 5). Dans la mesure où ces méthodes sont plus fiables, elles constituent une bonne alternative fournissant aux jeunes femmes des options sûres et réversibles pour répondre à leurs besoins en matière de contraception, tout en leur permettant de réaliser leurs aspirations en termes de fécondité.

Les prestataires de soins s'inquiètent de la sûreté des MRLDA parmi les jeunes et craignent que leur utilisation diminue la capacité de ces personnes à avoir des enfants à l'avenir. Dans certains pays, des lois et des politiques ont été adoptées et pourraient spécifiquement restreindre l'accès à ces méthodes par les jeunes, en particulier les jeunes femmes n'ayant pas encore eu d'enfants (ou nullipares) ou celles n'étant pas mariées.

Pourtant, plusieurs instances de gouvernance de premier plan dans le domaine médical ont émis des déclarations rappelant la sûreté et le caractère approprié de l'offre de MRLDA aux adolescentes et aux jeunes. De plus, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme que ces méthodes (aussi bien les DIU que les implants) peuvent être utilisées en toute sûreté par les adolescentes et les femmes nullipares.⁹ En octobre 2015, l'Initiative Family Planning 2020 (FP2020) a publié un document de la plus haute importance, à savoir la Déclaration de consensus mondial sur l'élargissement des choix contraceptifs pour les adolescentes et les jeunes à travers l'inclusion des MRLDA.¹⁰

Il apparaît clairement que des défis subsistent en termes d'accessibilité et d'utilisation des MRLDA parmi les jeunes. Toutefois, plusieurs cas commencent à émerger et montrent comment amener les jeunes à davantage utiliser ces méthodes. Des interventions récentes ont testé divers moyens de remédier à certains défis, en s'intéressant spécifiquement au renforcement des compétences des prestataires et à l'utilisation de coupons électroniques pour faciliter l'accès aux services.¹¹ Un programme en Éthiopie s'est ainsi appuyé sur un modèle à l'écoute des jeunes

ENCADRÉ 2

Entraves à l'utilisation accrue des MRLDA

Pour mieux comprendre les obstacles empêchant les jeunes d'accéder à la palette complète de méthodes contraceptives et d'utiliser des MRLDA mais aussi les facteurs catalyseurs, le projet E2A a procédé à une analyse inter-pays en Tanzanie, au Niger, au Mozambique, au Bangladesh et en Éthiopie. Ces cinq pays étaient confrontés à des obstacles similaires :

- La plupart des jeunes n'avaient pas connaissance des MRLDA.
- Parmi ceux en ayant connaissance, des mythes et des informations erronées paraissent leur perception de ces méthodes et la peur des effets secondaires exerçait un effet dissuasif majeur.
- Les prestataires manifestaient des partis pris importants dans les cinq pays étudiés en refusant d'offrir des MRLDA à des clientes trop jeunes, n'ayant pas eu d'enfants ou n'étant pas mariées.
- Les différents pays adoptaient des normes sociales ou des attitudes stigmatisantes liées à la sexualité des adolescentes et à l'usage des contraceptifs, en particulier les MRLDA, qui empêchaient les adolescentes et les jeunes de choisir la méthode contraceptive qu'elles souhaitaient utiliser.
- D'autres entraves politiques rendaient difficile le recours à ces méthodes. Par exemple, au Bangladesh, seules les adolescentes mariées pouvaient accéder à des produits contraceptifs dans le secteur public. Les jeunes mariés au Bangladesh pouvaient obtenir un implant mais les jeunes femmes devaient avoir eu un enfant pour recevoir un DIU.

À travers les cinq pays, les jeunes ont fait part de leur désir de retarder et d'espacer leurs naissances et se montraient réceptifs à l'idée d'une méthode discrète et facile à utiliser, telle que le DIU ou l'implant, qui leur permettait de prévenir efficacement une grossesse sur une longue période.

Source : Callie Simon, "Shaking Up the Conversation About LARCs for Youth," (February 2016), consulté sur www.pathfinder.org/blog/shaking-up-the-conversation.html, le 29 août 2016.

pour développer les compétences du personnel et venir à bout des préjugés. Un autre programme à Madagascar a testé un système reposant sur l'utilisation de téléphones portables et de coupons électroniques pour simplifier l'accès aux services et aux MRLDA.

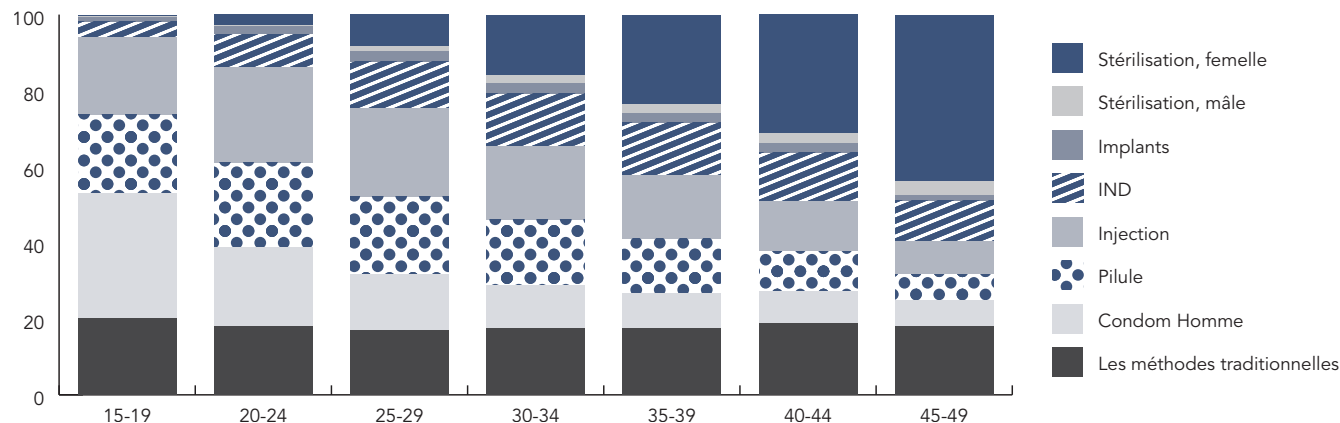
Éthiopie : Test d'un modèle de prestation de services visant à dispenser des MRLDA aux jeunes

Comme bon nombre d'autres pays d'Afrique subsaharienne, l'Éthiopie connaît une importante croissance démographique. Environ un tiers de la population éthiopienne a moins de 25 ans

FIGURE 2

Les jeunes utilisant des produits contraceptifs ne choisissent généralement pas les méthodes les plus efficaces.

Palette de méthodes parmi les jeunes et les personnes plus âgées



Source : John Ross, Jill Keesbury, et Karen Hardee, "Trends in the Contraceptive Method Mix in Low- and Middle-Income Countries: Analysis Using a New 'Average Deviation' Measure," *Global Health Science and Practice* 3, no. 1 (2015): 34-55.

(environ 33 millions).¹² Parmi les Éthiopiens âgés de 15 à 19 ans, 12 % des jeunes femmes sont déjà tombées enceintes et seulement 5 % utilisent une méthode de contraception moderne, malgré des besoins non satisfaits élevés (30 %) en termes d'espacement des naissances parmi les adolescentes en union. Bien que le recours à la contraception moderne augmente chez les jeunes, la vaste majorité d'entre eux utilisent encore des méthodes à courte durée d'action. Parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans, seules 5 % utilisent des implants, tandis que 23 % recourent à des injectables.¹³

Pour élargir l'accès à la palette complète de méthodes contraceptives parmi les jeunes, le Projet Evidence to Action (E2A) a testé une intervention visant à offrir aux jeunes clientes des conseils et des services ayant trait à l'usage de contraceptifs. E2A, en collaboration avec le Programme de santé familiale intégré (IFHP+), a évalué un modèle de prestation de services au niveau de 20 sites à l'écoute des jeunes dans les régions d'Amhara et de Tigray en Éthiopie sur une période de 10 mois. La moitié des sites ont reçu davantage d'informations et de conseils et ont bénéficié d'un accès élargi au MRLDA, tandis que l'autre moitié a reçu des services contraceptifs ordinaires dans le cadre de l'initiative IFHP+ axée sur la jeunesse.

Le modèle d'élargissement de la prestation de services s'articulait autour des composantes suivantes :

- Formation axée sur les compétences des prestataires concernant l'insertion et le retrait des implants et des DIU et le contrôle des infections.
- Remise à niveau des éducateurs pairs pour leur permettre de dispenser des conseils sur la sûreté et l'efficacité des MRLDA,

dissiper les mythes et les croyances erronées entourant l'usage de ces méthodes et référer les jeunes vers les services les plus indiqués.

- Supervision formative dispensée aux prestataires.

Les observations tirées de ces expériences suggèrent que lorsque les prestataires de services à l'écoute des jeunes sont formés à l'offre de DIU et d'implants d'une manière sûre et compétente, les jeunes sont plus susceptibles d'adopter ces méthodes. Les résultats durant la période de huit mois ayant suivi l'intervention ont clairement démontré l'impact de cette approche :

- Les jeunes femmes ayant reçu des informations et des conseils sur les MRLDA étaient plus susceptibles de recourir à ces méthodes. Après l'intervention, pour 100 femmes ayant adopté les MRLDA au niveau des sites non ciblés, 130 femmes avaient adopté ces méthodes dans les sites d'intervention.
- Les nouvelles clientes étaient moins susceptibles de choisir des méthodes à courte durée d'action à la suite de l'intervention. Durant la phase ayant suivi l'intervention, seules 93 femmes au niveau des sites visés ont choisi des méthodes de courte durée contre 100 les ayant choisi au niveau des sites de contrôle.

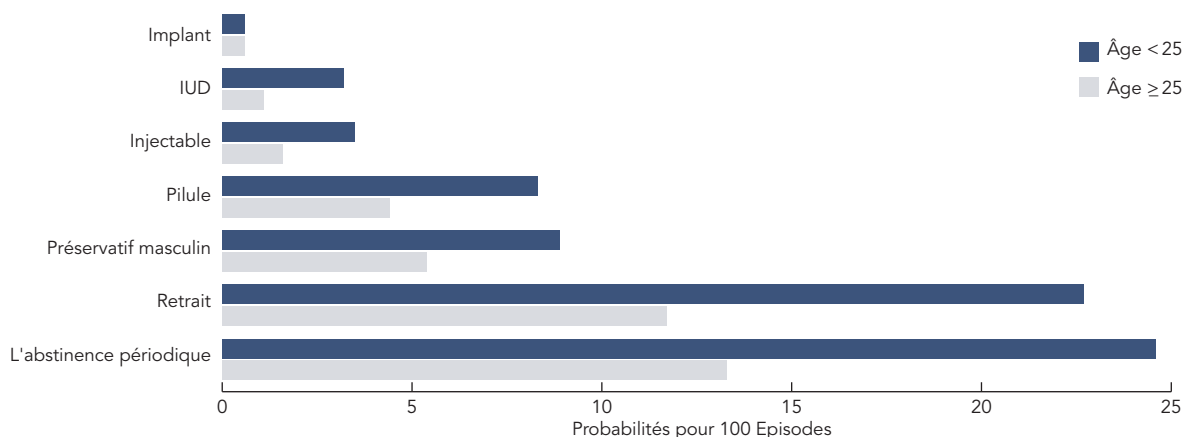
Ces résultats se sont révélés particulièrement intéressants étant donné qu'au niveau de la base de référence les sites sélectionnés dans le cadre de l'intervention comptaient encore moins de femmes adoptant des MRLDA qu'au niveau des sites de contrôle (70 contre 100).

Les conclusions de ces travaux suggèrent également qu'un nombre croissant de femmes n'ayant pas encore commencé à

FIGURE 3

Les jeunes femmes n'utilisent pas les méthodes contraceptives aussi efficacement que les femmes plus âgées.

Taux d'échec au bout de douze mois, par âge (estimation globale)



Source : Chelsea B. Polis et al., *Contraceptive Failure Rates in the Developing World: An Analysis of Demographic and Health Survey Data in 43 Countries* (New York: Guttmacher Institute, 2016).

procréer ont cherché à bénéficier de services contraceptifs et ont souvent choisi des méthodes à longue durée d'action. Durant la période de l'étude, 63 % des femmes ayant obtenu des services à l'écoute des jeunes n'avaient pas encore eu d'enfants et 81 % des femmes au niveau des sites d'intervention ayant choisi une méthode à longue durée d'action pour la première fois n'avaient pas d'enfant.¹⁴ Dans l'ensemble, l'étude a permis de découvrir que le renforcement des compétences des prestataires et l'amélioration des services de counseling liés aux MRLDA étaient d'une importance capitale en termes d'utilisation des méthodes chez les jeunes, tandis que les éducateurs pairs ne semblaient pas jouer un rôle prépondérant dès lors qu'il s'agissait d'encourager les jeunes à utiliser des MRLDA.

Madagascar : Recours à des coupons électroniques en planification familiale pour favoriser l'équité et l'accès aux MRLDA

Pour remédier aux besoins non satisfaits en planification familiale parmi les jeunes, l'UNFPA s'est associée à Marie Stopes Madagascar et Sisal pour mettre en œuvre un programme de coupons électroniques.¹⁵ Le principal objectif était de s'appuyer sur les technologies de la téléphonie mobile pour accroître l'accessibilité et l'utilisation de services intégrés (planification familiale et lutte contre les IST et le VIH) parmi les jeunes les plus à risque. Ce programme offrait gratuitement des informations sur la PF et/ou les IST, ainsi que des bons d'achat par le biais de SMS.

D'après une enquête réalisée en 2013, une adolescente sur trois de moins de 18 ans à Madagascar a déjà donné naissance ou a été enceinte.¹⁶ Les grossesses précoces sont particulièrement

fréquentes parmi les jeunes filles les plus pauvres et les moins éduquées, soulignant ainsi les défis que présente un accès inéquitable aux informations et aux services liés à la santé sexuelle et reproductive. Les services de téléphonie mobile et la possession de téléphones portables ont connu une croissance importante au cours des dernières années. Par ailleurs, dans les groupes de discussion dirigée, les jeunes recommandent l'usage des téléphones mobiles pour disséminer efficacement les informations ayant trait à la santé sexuelle et reproductive. Les agents de santé ont indiqué que les paiements par téléphone mobile pourraient constituer une mesure d'incitation efficace pour maintenir une prestation de services de haute qualité.

En combinant ces deux tendances, Marie Stopes a lancé une initiative biennale au Sud de Madagascar en 2013. Douze éducateurs pairs ont ainsi dispensé des informations aux jeunes, distribué des bons d'achat électroniques et référé les jeunes vers les cliniques parrainées par Marie Stopes et BlueStar.¹⁷ Ces clientes recevaient ensuite un code par SMS leur permettant d'utiliser gratuitement les services PF. Pour veiller à ce que les services soient dispensés à l'ensemble des jeunes, les éducateurs pairs ont utilisé leur propre téléphone pour recevoir un coupon électronique qu'ils donnaient ensuite aux clientes ne possédant pas de téléphone portable. Les cliniques BlueStar ont, à leur tour, utilisé les mêmes codes par SMS pour réclamer un remboursement auprès de Marie Stopes à travers des paiements par téléphone mobile.

Ce système s'est appuyé sur la vaste expérience de Marie Stopes en matière de soumission de rapports par SMS, un dispositif établi pour le réseau de cliniques BlueStar. Marie Stopes a négocié auprès d'entreprises de téléphonie mobile afin

d'obtenir des prix équitables pour les services de messagerie par texte. Les éducateurs pairs et les prestataires ont été formés au fonctionnement des bons d'achat électroniques, au travail auprès des jeunes, aux services de counseling et à l'utilisation des téléphones mobiles pour obtenir les codes des coupons électroniques. Ils ont, par ailleurs, bénéficié d'un suivi régulier par le biais de formations de remise à niveau et de visites de supervision formative.

Les données recueillies sur une période de 18 mois indiquent que cette approche novatrice a aidé bon nombre de jeunes femmes à bénéficier de services dont elles n'auraient autrement pas eu connaissance ou qu'elles n'auraient pas eu les moyens de payer :

- Nombre de jeunes femmes ayant reçu des coupons électroniques en vue de bénéficier de services gratuits : 2 714.
- Nombre de jeunes femmes ayant utilisé ces services : environ 2 000.
- Nombre de MRLDA fournies : 1 595.
- Nombre de grossesses non souhaitées évitées : 1 900.

Dans l'ensemble, l'utilisation des téléphones portables et des paiements par appareils mobiles a permis d'élargir l'accès des jeunes aux services PF, amélioré la gestion du projet en fournissant des données en temps réel (prestation de services et remboursements) et accru les gains d'efficacité sur le plan financier et administratif en réduisant les déplacements, les formalités administratives, ainsi que les risques associés aux virements d'espèces.¹⁸

Actions recommandées

Les décideurs politiques et les bailleurs de fonds peuvent soutenir les efforts continus déployés pour élargir et améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes et accroître l'utilisation des MRLDA en entreprenant plusieurs des démarches essentielles suivantes :

Signer et mettre en œuvre la Déclaration de consensus mondial sur la jeunesse et les MRLDA. Les pays et les organisations engagés dans le processus FP2020, qui vise à fournir des produits contraceptifs à 120 millions de nouvelles utilisatrices d'ici 2020, peuvent atteindre cet objectif en évaluant les besoins de la jeunesse et en leur permettant d'accéder librement et pleinement aux méthodes contraceptives les plus efficaces. Les exemples de l'Éthiopie et de Madagascar montrent que des stratégies innovantes peuvent être employées pour garantir l'accès des jeunes à la palette complète de méthodes contraceptives, notamment les MRLDA, à travers des services à leur écoute.

Veiller à ce que les prestataires disposent des compétences adéquates en matière de counseling et sur le plan technique pour faciliter l'élargissement de l'offre en MRLDA. L'offre en MRLDA dépend des prestataires. Le personnel doit, en effet, recevoir des directives actualisées sur leurs aspects techniques, en particulier quant à la manière de conseiller les jeunes et de faciliter leur choix d'une méthode. Les prestataires ne doivent porter aucun jugement sur l'activité sexuelle des clientes ne vivant pas en union et sur le désir de

ces personnes de retarder leur première grossesse ou d'espacer les suivantes, parmi celles venant de se marier. Les prestataires doivent être davantage à l'écoute des objectifs des clientes en termes de fécondité et fournir des informations complètes sur l'ensemble des méthodes, cela pouvant nécessiter des changements dans la manière dont ils présentent les diverses options. Par exemple, si une jeune femme indique clairement qu'elle souhaite éviter une grossesse de manière à pouvoir finir sa scolarité, les MRLDA peuvent constituer, au premier abord, une bonne option. Toutefois, il est également crucial de veiller à contrer plus délibérément les effets secondaires des MRLDA, tels que les changements des cycles menstruels, de sorte que les utilisatrices potentielles sachent à quoi s'attendre. Des changements des saignements menstruels peuvent, en effet, être problématiques pour les jeunes femmes qui fréquentent l'école durant leurs règles. Les prestataires doivent également remédier aux comportements à haut risque, non seulement pour les grossesses non souhaitées, mais également pour lutter contre le VIH et d'autres IST, et aider les jeunes clientes à comprendre comment fonctionnent les contraceptifs, ainsi que le rôle des préservatifs dans la prévention des IST et du VIH. Enfin, les agents de santé doivent être formés aux procédures de retrait et être prêts à les exécuter sur demande des clientes. Les désirs des jeunes en matière de fécondité peuvent changer rapidement. Néanmoins, une méthode hautement efficace sur une courte durée peut aider les jeunes à mieux contrôler leur fécondité, même si elle est retirée plus tôt que d'autres méthodes dépendantes des utilisatrices.

Œuvrer pour le changement des normes sociales empêchant les jeunes femmes sexuellement actives ne vivant pas en union et les jeunes mariées de rechercher et d'utiliser des services de santé de la reproduction. Les jeunes femmes et hommes doivent être motivés à l'idée de se rendre dans un établissement de santé. De plus, les prestataires et les services doivent être accessibles. Les ministères de la Santé et les organisations non gouvernementales doivent veiller à ce que les prestataires et le personnel des cliniques adoptent des directives équitables entre les genres, adaptées à l'âge des clientes et tenant compte du stade de leur croissance. Ces directives doivent, en outre, garantir la confidentialité des jeunes cherchant à bénéficier de ces services. Les efforts entrepris au niveau communautaire doivent faciliter l'autonomisation des jeunes filles, notamment l'adoption de comportements sains et la recherche des services de santé dont elles ont besoin, et amener les jeunes hommes à adopter des comportements plus équitables par rapport aux questions de genre. Les communautés ont également besoin d'être éduquées en continu sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents, ainsi que sur les méthodes contraceptives, afin de dissiper les rumeurs persistantes et les informations erronées. Enfin, les jeunes doivent être impliqués dans le développement des programmes et la mise en œuvre des stratégies et des messages pour garantir la pertinence et la compréhension de ces composantes.

Rendre les ressources disponibles aux services et aux personnes. Les MRLDA nécessitent un investissement initial plus important, bien qu'au fil du temps leur utilisation génère un meilleur rapport coût-efficacité. Une étude réalisée récemment

dans l'État du Colorado aux États-Unis sur un programme proposant gratuitement des MRLDA aux adolescentes a permis d'estimer que chaque dollar dépensé dans le cadre de cette initiative économisait 5,85 dollars US au programme d'assistance gouvernemental qui couvre plus des trois quarts des grossesses et des naissances parmi les adolescentes. Par ailleurs, le nombre d'inscriptions au programme fédéral de nutrition destiné aux femmes et aux jeunes enfants a baissé de près d'un quart entre 2010 et 2013.¹⁹ Pour profiter des retombées bénéfiques sur le plan sanitaire et économique de l'offre de MRLDA aux adolescentes, les ministères de la Santé et les bailleurs de fonds doivent réaliser des investissements suffisants en matière de fournitures et de formation du personnel, et instaurer des stratégies, tels que les programmes de bons d'achat, pour rendre les services davantage accessibles aux jeunes.

Remerciements

Cette note de politique générale a été rédigée par Nancy Yinger, consultante pour le Population Reference Bureau (PRB), sur les conseils de Charlotte Feldman-Jacobs, vice-présidente adjointe pour les programmes internationaux et de Heidi Worley, directrice de la rédaction. Nous tenons à remercier tout particulièrement nos réviseurs Saad Abdulmumin, Cate Lane, Clive Mutunga, Shelley Snyder et Amy Uccello de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), et Roy Jacobstein d'IntraHealth, Asha Mohamud et Jeannette Danho de l'UNFPA, et Fariyal Fikree d'E2A/Pathfinder pour le temps qu'ils nous ont généreusement accordé et pour nous avoir fait profiter de leurs connaissances. Cette publication a été rendue possible grâce au généreux soutien de l'USAID dans le cadre de l'accord de coopération AID-OAA-A-16-00002. Le PRB est responsable des informations publiées à travers ce document. Il ne s'agit pas d'informations officielles émises par le gouvernement américain. Enfin, ces informations ne reflètent pas les points de vue ou les positions de l'USAID ou du gouvernement américain.

© 2016 Population Reference Bureau. Tous droits réservés.

Références

- 1 United Nations Population Fund (UNFPA), *The Power of 1.8 Billion: Adolescents, Youth, and the Transformation of the Future, State of World Population 2014* (New York: UNFPA, 2014).
- 2 UNFPA, *The Power of 1.8 Billion*.
- 3 Pathfinder International, Evidence 2 Action, Population Services International, Marie Stopes International, and FHI360, "Global Consensus Statement: Expanding Contraceptive Choice for Adolescents and Youth to Include Long-Acting Reversible Contraception," (October, 2015), consulté sur www.familyplanning2020.org/resources/10631, le 9 septembre 2016.
- 4 Maureen K. Baldwin and Alison B. Edelman, "The Effect of Long-Acting Reversible Contraception on Rapid Repeat Pregnancy in Adolescents: A Review," *Journal of Adolescent Health* 52, no. 4 (2013): S47-S53.
- 5 Iqbal H. Shah and Elisabeth Ahman, "Unsafe Abortion Differentials in 2008 by Age and Developing Country Region: High Burden Among Young Women," *Reproductive Health Matters* 20, no. 39 (2012): 1-6.
- 6 Kerry L.D. MacQuarrie, *Unmet Need for Family Planning Among Young Women: Levels and Trends*, DHS Comparative Reports No. 34 (Rockville, MD: ICF International, 2014).
- 7 John Ross, Jill Keesbury, and Karen Hardee, "Trends in the Contraceptive Method Mix in Low- and Middle-Income Countries: Analysis Using a New 'Average Deviation' Measure," *Global Health Science and Practice* 3, no. 1 (2015): 34-55.
- 8 MacQuarrie, *Unmet Need for Family Planning Among Young Women*; Chelsea B. Polis et al., *Contraceptive Failure Rates in the Developing World: An Analysis of Demographic and Health Survey Data in 43 Countries* (New York: Guttmacher Institute, 2016); and Colleen McNicholas et al., "The Contraceptive CHOICE Project Round Up: What We Did and What We Learned," *Clinical Obstetrics and Gynecology* 57, no. 4 (2014): 635-43.
- 9 World Health Organization (WHO), "Medical Eligibility Criteria Wheel for Contraceptive Use" (Geneva: WHO, 2015).
- 10 Pathfinder International, Evidence 2 Action, PSI, Marie Stopes International, and FHI 360, "Global Consensus Statement."
- 11 High-Impact Practices in Family Planning (HIPs), "Adolescent-Friendly Contraceptive Services: Mainstreaming Adolescent-Friendly Elements Into Existing Contraceptive Services," (September 2015), consulté sur www.fphighimpactpractices.org/afcs, le 12 septembre 2016.
- 12 E2A Project and Integrated Family Health Program Plus, "Testing a Service-Delivery Model for Offering Long-Acting Reversible Contraceptive Methods to Youth in Ethiopia," (August 2015), consulté sur www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/testing-a-service-delivery-model-larcs-for-youth.pdf, le 12 septembre 2016.
- 13 Central Statistical Agency (CSA), Ethiopia, Ethiopia Mini Demographic and Health Survey 2014 (Addis Ababa, Ethiopia: CSA, 2014).
- 14 E2A Project and Integrated Family Health Program Plus, "Testing a Service-Delivery Model for Offering Long-Acting Reversible Contraceptive Methods to Youth in Ethiopia."
- 15 Mamadou Dicko (UNFPA) and Nicole Raatgever (Marie Stopes Madagascar), "Reaching the Most Vulnerable People for Long-Acting and Reversible Contraceptives (LARCs) in Madagascar," poster presented at 2016 International Conference on Family Planning (January 2016), in Bali, Indonesia, and personal communication; Note: SISAL is a nonprofit organization working in Madagascar on HIV/AIDS among vulnerable populations.
- 16 National Statistics Institute (INSTAT) and Ministry of Economy and Industry, Republic of Madagascar, Madagascar Millennium Development Goals, National Monitoring Survey 2012-2013 (Antananarivo, Madagascar: INSTAT, 2013).
- 17 Brand name of private clinics accredited by Marie Stopes to deliver high-quality family planning services.
- 18 Mamadou Dicko (UNFPA) and Nicole Raatgever (Marie Stopes Madagascar), "Family Planning E-Vouchers as a Tool to Improve Equity and Access to Long-Acting and Reversible Contraceptives for Young People: A Madagascar Case Study," poster presented at 2016 International Conference on Family Planning (January 2016), in Bali, Indonesia.
- 19 Sabrina Tavernise, "Colorado's Effort Against Teenage Pregnancies Is a Startling Success," *New York Times*, July 5, 2015, consulté sur www.nytimes.com/2015/07/06/science/colorados-push-against-teenage-pregnancies-is-a-startling-success.html?_r=2, le 12 septembre 2016.



POPULATION RÉFÉRENCE BUREAU

Le Population Référence Bureau **INFORME** les personnes dans le monde entier sur les questions liées à la population, à la santé et à l'environnement, et leur **PERMET** d'utiliser ces renseignements pour **PROMOUVOIR** le bien-être des générations actuelles et à venir.

www.prb.org

POPULATION RÉFÉRENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW
Suite 520
Washington, DC 20009 USA

202 483 1100 TÉLÉPHONE
202 328 3937 TÉLÉCOPIE
popref@prb.org COURRIEL
