

# Services destinés aux adolescents

## Quelles sont les améliorations des programmes susceptibles d'intensifier l'efficacité des pratiques à haut impact (PHI) en termes de planification familiale ?

**Incorporation de prestations de services adaptées aux adolescents aux services de contraception et de santé existants.**

### Contexte

Dans le monde entier, la plupart des femmes débutent leur vie sexuelle entre 15 et 19 ans et ont des difficultés à obtenir des services et des informations leur permettant de se prémunir des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH (Bankole et Singh, 2003 ; UNFPA, 2014 ; Wellings *et al.*, 2006) Alors que la population mondiale âgée de 15 à 19 ans continue à croître jusqu'à s'élever aujourd'hui à plus de 600 millions d'individus, les pays font face à une demande accrue en matière de services de contraception et d'informations concernant les besoins spécifiques de cette tranche d'âge (UNDP, 2015).

Jusqu'à présent, les programmes ont soutenu la construction de cliniques indépendantes pour adolescents proposant des services de contraception, ou la mise en œuvre de services de contraception adaptés aux adolescents offerts dans une pièce séparée ou un « espace adolescent », au sein d'un établissement de santé existant (Senderowitz, 1999). Ces programmes ont donné des résultats contrastés (Denno *et al.*, 2015 ; Tylee *et al.*, 2007). En outre, les opérations de mise à l'échelle se sont avérées difficiles pour de nombreux pays, en raison de la complexité des programmes et des besoins de ressources afférents, qui menacent leur viabilité à long terme (Hainsworth *et al.*, 2014).

Afin d'appuyer l'élaboration de la prochaine génération de programmes, il a été demandé aux spécialistes de la santé sexuelle et génésique des adolescents de concevoir une approche rationalisée, évolutive, viable et se fondant sur les connaissances acquises. Les services de contraception adaptés aux adolescents (SCAA) incorporent aux services de contraception existants des pratiques adaptées aux adolescents ayant démontrées leurs efficacités dans le cadre de modèles se fondant sur des structures autonomes ou des espaces séparés. Elles peuvent être incorporées à une gamme de canaux de prestation de



© 2013 Arturo Sanabria, cortesía de Photoshare

### Droit à la santé des adolescents, y compris aux informations et services relatifs à la contraception

Aux termes de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, les adolescents ont le droit de jouir des normes de santé les plus élevées possible, y compris concernant les informations et services relatifs à la contraception. Les adolescents sont également concernés par les droits génésiques au sens large évoqués par des conventions et des traités relatifs aux droits humains ratifiés par la quasi-totalité des pays (Cook et Dickens, 2000 ; UNFPA, 2012 ; Assemblée générale des Nations Unies, 1990).

services (p. ex. installations médicales, dispensaires mobiles, distribution dans les communautés, pharmacies). En s'appuyant sur différents articles et travaux, on a pu identifier un certain nombre d'éléments programmatiques communs susceptibles de augmenter l'utilisation de moyens de contraception par les adolescents (Bankole et Malarcher, 2010 ; Senderowitz, 1999).

Les éléments de **prestation de services** habituels incluent :

- **La formation** et le soutien des prestataires, dans le cadre d'une fourniture de prestations de services non critiques aux adolescents
- Application des principes de **confidentialité** et garantie des conditions d'**intimité** visuelle et auditive
- Proposition d'une **vaste gamme de moyens de contraception**
- Prestations de services **gratuites ou subventionnées**

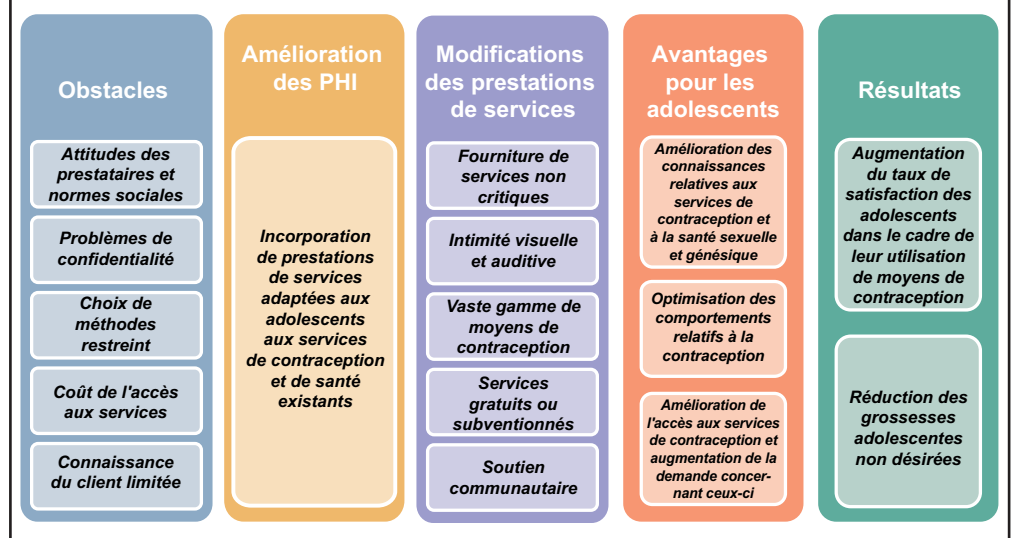
Les actions contribuant au développement d'un **environnement propice** aux programmes destinés aux adolescents sont souvent les suivantes : garantie des **droits, application des politiques et directives** relatives au respect, à la protection et à l'exercice des droits humains des adolescents en termes d'accès aux informations, produits et services de contraception, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur situation conjugale ou de leur parité ; promotion du **soutien communautaire** et parentaux en termes d'accès aux informations et aux services liés à la contraception ; et traitement des questions associées aux **normes relatives au genre**.

Ces sept éléments relatifs aux SCAA, englobant les prestations de services et la mise en œuvre d'environnements propices, doivent être conjointement pris en compte afin de favoriser l'adoption de moyens de contraception par les adolescents. Sur la base de l'expérience accumulée dans le cadre de la mise en œuvre des SCAA au sein de structures autonomes ou d'espaces séparés, la rationalisation de ces éléments et leur intégration aux services de contraception existants offrent un potentiel intéressant en termes d'efficacité économique et de potentiel pour un passage à grande échelle, permettant ainsi d'étendre le champ d'application des programmes existants et d'améliorer l'accès des adolescents à des services de contraception de qualité (voir la Figure 1).

Le présent mémoire d'information se concentre sur les éléments des SCAA généralement mis en œuvre au sein d'un environnement de prestations de services. Il décrit les modalités selon lesquelles l'intégration des SCAA peut aider à relever les défis majeurs associés aux programmes de contraception, aborde les éléments probants concernant les aspects adaptés aux adolescents, met en exergue les principaux problèmes liés à la planification et à la mise en œuvre et identifie les déficits de connaissances. Il n'aborde pas exhaustivement les éléments contribuant à l'établissement d'un environnement propice à l'application des programmes destinés aux adolescents, qui sont examinés plus en détail dans les autres mémoires d'information dédiés aux PHI, par exemple ceux consacrés aux actions de **communication** et aux **politiques relatives à la santé**.

Le groupe consultatif technique en charge des PHI a déclaré que les SCAA constituaient une **amélioration** des PHI relatives à la planification familiale. Une « amélioration » est une pratique pouvant être mise en œuvre parallèlement aux PHI afin d'intensifier l'impact de ces dernières. Bien que la mise en œuvre des SCAA intégrés ait déjà été expérimentée, il est nécessaire d'approfondir les recherches et de développer la documentation afin de mieux comprendre le potentiel et les limites de cette approche. Pour de plus amples informations sur les PHI, voir <https://www.fphighimpactpractices.org/overview>.

**Figure 1. Amélioration de l'accès aux moyens de contraception et optimisation de leur utilisation par le biais de services adaptés aux adolescents : Théorie du changement**



## Quels sont les défis que les pays peuvent surmonter grâce aux SCAA?

**Les études démontrent systématiquement que les adolescents sexuellement actifs (mariés ou non) font face à de nombreux obstacles lorsqu'ils cherchent à obtenir des services de contraception et des produits permettant d'éviter,** de retarder, d'espacer ou de limiter les grossesses (Abdul-Rahman *et al.*, 2011 ; Bankole et Malarcher, 2010 ; Biddlecom *et al.*, 2007 ; Chandra-Mouli *et al.*, 2014 ; Decker et Constantine, 2011 ; Glinski *et al.*, 2014 ; Godia *et al.*, 2014 ; Sidze *et al.*, 2014 ; Tylee *et al.*, 2007). Le combat contre ces obstacles, mené dans le cadre de politiques et de programmes, est susceptible d'engendrer une amélioration de la qualité des services pour toutes les personnes ayant besoin de moyens de contraception, ce qui est très important pour les adolescents. Ces obstacles sont bien documentés. Il s'agit par exemple des aspects suivants :

**Les préjugés des prestataires.** Les prestataires qui estiment que les adolescents n'ont pas droit à une vie sexuelle ou pensent que la contraception est susceptible d'affecter la fertilité future des jeunes gens peuvent refuser de servir ces derniers ou restreindre leur accès à certaines méthodes contraceptives (Warenius *et al.*, 2006 ; Wood et Jewkes, 2006). Une enquête menée en Inde a par exemple montré qu'un tiers des médecins, plus de la moitié des infirmiers et plus de deux tiers des sages-femmes ont déclaré qu'ils refusaient de fournir des contraceptifs oraux aux personnes qu'ils jugent trop jeunes. Près de la moitié des médecins ont en outre spécifié qu'ils refusent de prescrire des contraceptifs injectables pour les mêmes raisons (Calhoun *et al.*, 2013). En Éthiopie, près de la moitié des prestataires interrogés ont signalé des attitudes négatives quant à la fourniture de moyens de contraception aux adolescents non mariés (Tilahun *et al.*, 2012).

**Problèmes de confidentialité et d'intimité.** Les études menées auprès d'adolescents venant de pays aussi différents que la Mongolie, Vanuatu et le Zimbabwe ont montré que ceux-ci attachaient une grande importance à la confidentialité et à l'intimité dans le cadre d'un accès aux services de contraception (Erulkar *et al.*, 2005 ; Kennedy *et al.*, 2013 ; Sovd *et al.*, 2006). Au Malawi, au sein d'un échantillon représentatif d'adolescents sexuellement actifs âgés de 12 à 19 ans, plus de 20 % des jeunes femmes et 10 % des jeunes hommes ont déclaré que leur intimité n'est pas respectée et qu'ils perçoivent cette situation comme un obstacle à leur accès aux services de contraception (Biddlecom *et al.*, 2007).

**Rareté des options contraceptives.** Les programmes consacrés aux adolescents se concentrent souvent sur la fourniture de moyens de contraception de « barrière » (généralement des préservatifs) et d'autres contraceptifs à action brève. Les adolescents se voient rarement proposer des moyens de contraception à longue durée d'action et réversibles (MLDAR) (Eke et Alabi-Isama, 2011). Cette approche peut être liée aux préjugés des prestataires, mais aussi au fait qu'ils ne sont pas conscients du fait que, selon les critères d'admissibilité médicaux à l'utilisation de moyens de contraception de l'OMS, l'âge et la parité ne constituent pas une contre-indication à quelque méthode de contraception que ce soit (OMS, 2015). Les utilisateurs de méthodes à courte durée d'action, notamment les adolescents âgés de 15 à 19 ans, sont plus sujets aux échecs contraceptifs que les utilisateurs de MLDAR (Blanc *et al.*, 2009).

**Obstacles financiers.** Les adolescents disposent rarement des ressources financières leur permettant de s'acquitter des frais de transport et de coûts liés aux services de contraception (Michaels-Igbokwe *et al.*, 2014). Les études menées auprès de jeunes gens âgés de 15 à 24 ans habitant dans des pays à revenu moyen ou faible, tels que le Brésil, la Chine, l'Inde, le Kenya, le Nigeria ou l'Ouganda ont établi que les frais d'accès aux services de santé, de contraception et de santé génésique constituent un obstacle important (Bankole & Malarcher, 2010 ; Santhya *et al.*, 2014 ; Warner *et al.*, 2013). Une étude effectuée au Myanmar a montré que moins de 20 % des jeunes gens de cette tranche d'âge disposent des moyens financiers nécessaires à l'obtention de services de santé génésique (Thin Zaw *et al.*, 2012).

**Obstacles politiques et juridiques.** Certaines études ont permis de répertorier les obstacles politiques et juridiques (notamment les lois) interdisant la fourniture de moyens de contraception aux adolescents. Elles ont également constaté chez les prestataires et les adolescents eux-mêmes des carences en termes de connaissance des droits à la contraception des adolescents (Apland, 2014 ; Cook & Dickens, 2000 ; IPPF, 2014 ; Jaruseviciene *et al.*, 2006 ; Jaruseviciene *et al.*, 2014 ; Levy *et al.* 2001 ; UNESCO *et al.*, 2013). Dans le cadre d'une étude effectuée en Ouganda, 38 % des intervenants ont déclaré exiger le consentement d'un parent, du conjoint ou des deux lorsque des personnes âgées de moins de 18 ans sollicitent des moyens de contraception (Nalwadda *et al.*, 2011).

**Normes relatives au genre.** Les normes relatives au genre idéalisant la virginité féminine et les prouesses sexuelles masculines sont très répandues autour du monde et peuvent affecter l'accès des jeunes gens aux informations et aux services relatifs à la contraception et influencer sur leur approche des relations sexuelles (Gay *et al.*, 2012 ; Santhya & Jejeebhoy, 2015). Les prestataires renforcent souvent ces normes inévitables en refusant de fournir des moyens de contraception aux adolescentes non mariées, même lorsque ces dernières en font la demande (Chandra-Mouli *et al.*, 2014). Les adolescentes mariées font souvent face à des obstacles liés au genre en raison de leur isolement social, de leur manque de pouvoir, de leur autonomie limitée et des pressions sociales associées à la fertilité les incitant à tomber enceinte rapidement et le plus souvent possible (Adams *et al.*, 2013 ; Greene *et al.*, 2014 ; Singh *et al.*, 2014). Afin de se conformer à ces normes sociales et basées sur le genre, les prestataires peuvent refuser de fournir des moyens de contraception aux adolescentes mariées ou limiter leur accès aux méthodes à action prolongée jusqu'à ce qu'elles aient eu un enfant (Greene *et al.*, 2014 ; Speizer *et al.*, 2000). Il est attendu des jeunes hommes qu'ils soient bien informés des questions liées à la sexualité, ce qui peut compliquer leurs demandes d'informations. Ils peuvent en outre être confrontés à des barrières structurelles, dans le cadre de leur accès aux services, qui sont généralement destinés aux femmes (Barker *et al.*, 2007 ; Kuene *et al.*, 2004 ; UNFPA, 2000).

L'incapacité à traiter des problèmes tels que l'infériorité du statut social, la dépendance économique et la capacité d'action limitée des jeunes filles, l'importance du commerce sexuel en tant que ressource économique et les normes de masculinité a été identifiée comme l'une des raisons principales de l'échec d'une campagne d'amélioration des prestations de services organisée en Tanzanie, qui n'a eu aucun effet visible sur l'utilisation de moyens de contraception par les jeunes gens (Doyle *et al.*, 2011 ; Wight *et al.*, 2012).

## Quel est l'impact ?

Sur les six études ayant donné lieu à une évaluation du niveau d'utilisation de moyens de contraception par les adolescents après une intervention axée sur les SCAA par rapport à un groupe non concerné/témoin, cinq ont constaté une augmentation statistiquement significative de l'utilisation de moyens de contraception par les jeunes femmes concernées/faisant partie du groupe d'intervention par rapport aux jeunes femmes non concernées/faisant partie du groupe témoin (voir le Tableau 1). Tous ces programmes ciblaient des jeunes hommes/femmes âgés de 15 à 19 ans. Si tous ces programmes incluaient des éléments des SCAA évoqués dans le présent mémoire d'information, seuls certains d'entre eux les incluaient tous. (Dans certains pays, certains des sept éléments des SCAA ne nécessitaient pas d'être abordés, par exemple parce que certains d'entre eux étaient déjà en place.) La seule étude n'ayant pas constaté une augmentation statistiquement significative est celle effectuée au Nicaragua au sein d'une population de bénéficiaires de bons. Toutefois, après désagrégation de la population étudiée au Nicaragua, les conclusions ont indiqué que les bénéficiaires de bons appartenant au groupe d'intervention des écoles étaient deux fois plus nombreux à déclarer utiliser un moyen de contraception que les personnes non bénéficiaires de bons des écoles (Meuwissen *et al.*, 2006). Parmi les cinq études séparant les rapports sur l'utilisation de moyens de contraception par les jeunes hommes, seul le programme appliqué en Chine a montré une augmentation de l'utilisation de moyens de contraception par les jeunes hommes (Lou *et al.*, 2004).

En sus des programmes évoqués dans le Tableau 1, des données provenant d'Inde, du Mozambique, de Tanzanie et du Zimbabwe attestent des effets positifs des programmes d'SCAA sur l'utilisation de moyens de contraception par les adolescents (Chandra-Mouli *et al.*, 2015 ; Chandra-Mouli *et al.*, 2013 ; Kanesathasan *et al.*, 2008 ; Kim *et al.*, 2001). Les conclusions de ces études concordent avec d'autres articles et travaux, qui établissent que l'efficacité des programmes destinés aux adolescents nécessite généralement des efforts en termes de prestations de services et d'instauration d'un environnement propice (Denno *et al.*, 2015 ; Ehlers, 2003 ; Gottschalk & Ortalyi, 2014 ; Hainsworth *et al.*, 2014 ; Hindin & Fatusi, 2014 ; Kesterton & de Mello, 2010 ; Williamson *et al.*, 2009).

La plupart des rapports associés aux études ne donnaient que peu d'informations (voire aucune information) sur le niveau de mise en œuvre ou sur les résultats intermédiaires. Il est donc difficile de définir les éléments ayant spécifiquement contribué aux hausses d'utilisation de moyens de contraception constatées. Il est également important de noter que la moitié des études évoquées dans le Tableau 1 ont été mise en œuvre à petite échelle et sur une période limitée.

**Tableau 1. Résultats d'une sélection de programmes impliquant la mise en œuvre de divers éléments des SCAA**

Pays, environnement, population cible		Utilisation de moyens de contraception modernes suite à l'intervention	
		Groupe non concerné/ témoin	Groupe concerné/ expérimental
<b>Chine</b> population périurbaine de jeunes hommes/femmes célibataires, sexuellement actifs et âgés de 15 à 24 ans (Lou <i>et al.</i> , 2004)	Femmes	48 %	90 %**
	Hommes	42 % <sup>1</sup>	88 %** <sup>1</sup>
<b>Éthiopie</b> population rurale de femmes et d'hommes mariés âgés de 12 à 24 ans (Erulkar & Tamrat, 2014)	Femmes	57 % <sup>2</sup>	69 % <sup>3</sup>   71 % <sup>4</sup>
	Hommes	S/O <sup>5</sup>	S/O <sup>5</sup>
<b>Ghana</b> population de femmes et d'hommes mariés/célibataires âgés de 10 à 24 ans (Williams <i>et al.</i> , 2007) <sup>5</sup>	Femmes	42 % <sup>6</sup>	49 % <sup>6</sup>
	Hommes	NSS <sup>6</sup>	NSS <sup>6</sup>
<b>Nicaragua</b> population urbaine de femmes et d'hommes âgés de 12 à 20 ans (Meuwissen <i>et al.</i> , 2006)	Aucune différence constatée en termes d'utilisation de moyens de contraception entre les bénéficiaires de bons et les autres sujets		
<b>Tanzanie</b> population de femmes et d'hommes mariés/célibataires âgés de 10 à 24 ans (Williams <i>et al.</i> , 2007) <sup>5</sup>	Femmes	39 % <sup>6</sup>	64 % <sup>6</sup>
	Hommes	NSS <sup>6</sup>	NSS <sup>6</sup>
<b>Ouganda</b> population de femmes et d'hommes mariés/célibataires âgés de 10 à 24 ans (Williams <i>et al.</i> , 2007) <sup>5</sup>	Femmes	42 % <sup>6</sup>	59 % <sup>6</sup>
	Hommes	NSS <sup>6</sup>	NSS <sup>6</sup>

\* Rapporté comme statistiquement significatif sans valeur p.

\*\* p < 0,001.

NSS = sans signification statistique (*not statistically significant*).

<sup>1</sup> Utilisation régulière d'un moyen de contraception.

<sup>2</sup> Utilisation permanente d'un moyen de contraception.

<sup>3</sup> Utilisation permanente d'un moyen de contraception, uniquement parmi les femmes mariées du groupe d'intervention.

<sup>4</sup> Utilisation permanente d'un moyen de contraception parmi les couples du groupe d'intervention.

<sup>5</sup> Bien que le programme ait ciblé les hommes et les femmes, seule l'utilisation de moyens de contraception par les femmes a fait l'objet d'un rapport.

<sup>6</sup> Utilisation d'un moyen de contraception moderne dans le cadre du dernier rapport sexuel (couples mariés/jeunes mariés âgés de 17 à 22 ans).

### **Interventions dans le cadre desquelles les données sont insuffisantes pour attester d'un impact sur l'utilisation de moyens de contraception par les adolescents :**

- **Les clubs** et **centres de jeunesse** fournissant les services de contraception peuvent ne pas être économiquement efficaces ou ne pas atteindre les groupes ciblés (Chandra-Mouli *et al.*, 2015b ; Denno *et al.*, 2015 ; Zuurmond *et al.*, 2012).
- Les avantages des programmes s'appuyant sur des **pairs éducateurs** sont généralement limités aux personnes formées à cet effet (Chandra-Mouli *et al.*, 2015b ; Harden *et al.*, 2001 ; Kim & Free, 2008 ; Tolli, 2012).

## Méthodologie : Conseils découlant des expériences de mise en œuvre

**Effectuez une évaluation des besoins afin d'identifier les approches permettant de proposer le plus efficacement possible des moyens de contraception aux adolescents sexuellement actifs.** Les recherches formatives et les données de suivi doivent être désagrégées afin d'identifier les besoins et les préférences spécifiques des différents groupes d'adolescents. Définissez le lieu où les adolescents ont actuellement accès à des produits contraceptifs/services de contraception, en veillant à identifier ceux dont les besoins ne sont pas satisfaits. Les sous-populations peuvent préférer certains canaux spécifiques (secteur public ou privé, cliniques, pharmacies).

**Appuyez-vous sur une gamme diverse de modalités de service afin de toucher un maximum d'adolescents.** Ces approches peuvent induire le développement de structures statiques (publiques ou privées), des distributions à base communautaire, les services mobiles et stratégies avancées, la participation des pharmacies et drogueries, l'offre de services dans les environnements informels et dans les écoles, ou l'instauration de services en milieu professionnel.

**Formez les prestataires aux services adaptés aux adolescents.** Intégrez les éléments des SCAA à la formation initiale des prestataires. Cette approche permet de réduire les besoins de formation continue des prestataires tout en s'assurant que les personnes ayant récemment terminé leur formation possèdent les connaissances de base nécessaires sur la santé des adolescents et les prestations de services de contraception. Bien que la formation soit un des prérequis fondamentaux d'une exécution efficace des programmes SCAA, elle n'est en soi pas suffisante pour modifier les comportements des prestataires (Denno *et al.*, 2015). La formation doit aborder les thématiques suivantes : fourniture d'informations et de services non critiques, précision des informations relatives aux critères médicaux d'admissibilité à l'utilisation de moyens de contraception par les adolescents, politiques légales et droits des adolescents en termes de services et d'informations, clarification des valeurs associées à la sexualité des adolescents et compétences de communication avec un public adolescent.

**Adoptez une approche globale à la formation aux SCAA du personnel des établissements de santé.** Cette approche permettra de s'assurer que les techniques adaptées aux adolescents ne sont pas enseignées à un prestataire unique et que les adolescents ne sont pas amenés à faire face à des résistances du personnel de soutien, par exemple l'infirmière d'accueil ou le pharmacien.

**Renforcez la formation par le biais d'une supervision facilitante, de la rédaction d'aide-mémoires et d'activités de mentorat, afin de modifier les comportements et les attitudes des prestataires.** Des outils de supervision coopérative et des aide-mémoires destinés aux prestataires peuvent se révéler très utiles dans le cadre de programmes axés sur les droits.

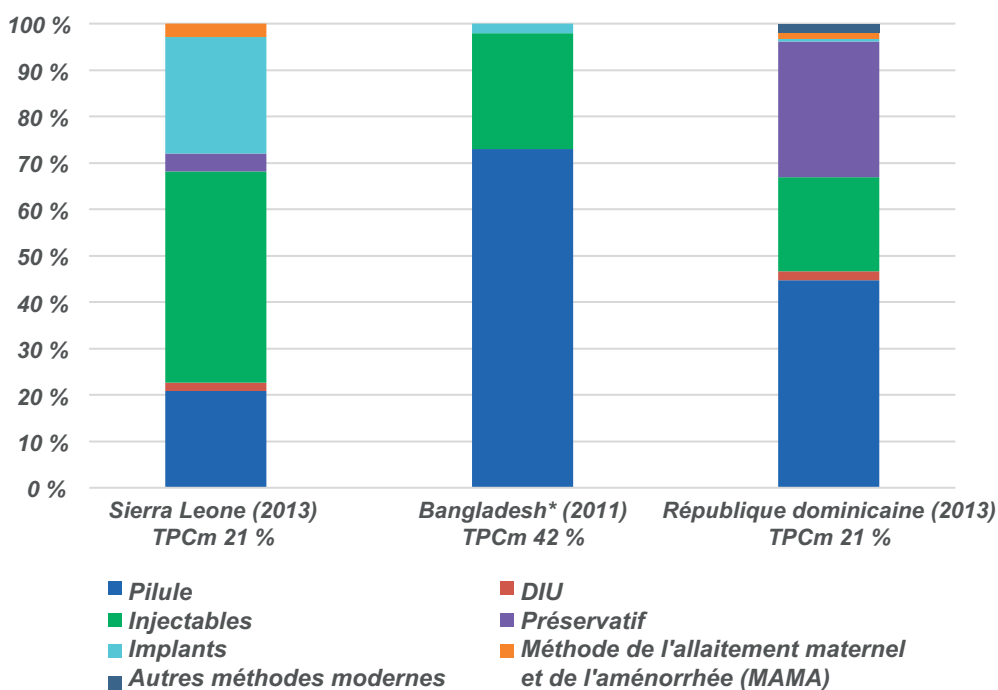
**Imposez des conditions de confidentialité et d'intimité visuelle et auditive adéquates.** Prenez toutes les mesures permettant de garantir la confidentialité : entreposage sécurisé des dossiers, absence de divulgation des informations médicales relatives aux adolescents sans leur consentement, réduction au maximum des interruptions non essentielles par d'autres membres du personnel/clients durant les prestations de services et mise en exergue de l'importance de la confidentialité des clients dans le cadre de la formation aux SCAA. Diverses mesures peuvent aider à la préservation de l'intimité visuelle et auditive, par exemple salle de consultation privée, fermée et dotée de rideaux, séparation des salles d'attente (de sorte que les adolescents n'aient pas à se mêler aux adultes) et exécution des examens et des interrogatoires médicaux dans un cadre privé.

**Adaptez les communications médicales aux besoins et aux intérêts des adolescents.** Étudiez les sources d'informations relatives à la santé sexuelle et génésique dont disposent les adolescents et renseignez-vous sur leurs interlocuteurs. Communiquez avec les jeunes gens par le biais de canaux appropriés. (Voir également la [communication relative à la santé](#) et les [mémoires d'information relatifs aux PHI appliquées aux questions sanitaires](#).)

**Proposez une gamme complète d'options contraceptives.** La Figure 2 illustre une approche fondée sur une proposition de méthodes contraceptives mixtes, adressée à un public de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans au Bangladesh, en République dominicaine et en Sierra Leone. Le taux d'utilisation de moyens de contraception modernes par les adolescents de ces trois pays varie entre 21 et 42 %. Les données montrent que les adolescents exploitent pleinement la gamme étendue de méthodes contraceptives qui leur est proposée, notamment les MLDAR les plus efficaces (AAP, 2014 ; Committee on Adolescent Health Care, 2012 ; OMS, 2015).

**Fourniture de services gratuits ou subventionnés.** Tous les programmes doivent permettre de proposer des moyens et des services de contraception gratuits ou fortement subventionnés. Les différents programmes se sont appuyés sur plusieurs approches pour atteindre cet objectif, notamment des services subventionnés, des actions de marketing social et des distributions de bons dans le cadre d'un modèle de franchise sociale ou d'un dispositif de recouvrement des dépenses (Denno *et al.*, 2015). Les programmes destinés aux adolescents doivent élaborer des stratégies de marketing et de distribution ciblées et adaptées à cette population.

**Figure 2. Méthodes contraceptives modernes utilisées par les adolescentes âgées de 15 à 19 ans**



\*Les données provenant du Bangladesh concernent uniquement les femmes mariées.  
Source de données : Compilateur statistique ([www.statcompiler.com/](http://www.statcompiler.com/)).

**Fourniture d'un environnement propice par le biais de la défense des droits des adolescents et de l'élaboration de politiques de soutien des prestations de services de contraception.** L'établissement de directives clairement définies permettant aux professionnels de la santé de fournir des services et des informations est essentiel dans le cadre de l'optimisation de l'accès aux services des adolescents. Afin d'opérationnaliser les droits et les politiques de santé relatives aux adolescents au niveau des prestations de services, l'établissement doit posséder des copies des politiques et normes applicables aux prestations de services (p. ex. les normes régissant la fourniture de services adaptés aux adolescents lorsqu'il en existe) et les prestataires doivent être dûment orientés à cet effet lors des formations relatives aux SCAA ou des réunions d'information destinées au personnel. De même, les listes de contrôle associées aux activités de supervision doivent tenir compte des principales dispositions de ces politiques et les superviseurs doivent en renforcer l'application au cours de leurs visites de supervision (Greifinger & Ramsey, 2014 ; Senderowitz *et al.*, 2002).

**Associez les améliorations en termes de prestations de service à des activités visant à obtenir le soutien des communautés.** La portée des interventions visant à influencer sur les comportements relatifs à la santé sexuelle/génésique des adolescents est considérablement renforcée par l'implication des parents, des prestataires, des leaders religieux et d'autres adultes influents, qui sont à même de promouvoir un environnement favorable au sein des établissements de santé, des écoles, des lieux de culte et des foyers familiaux (Futures Group International, 2005 ; Gottschalk & Ortayli, 2014 ; Kesterton & de Mello, 2010). L'établissement de directives efficaces relatives à l'éducation sexuelle (UNESCO, 2009a ; UNESCO, 2009b) permet de s'assurer que les adolescents possèdent les connaissances requises pour accéder aux services (Todesco & Gay, à venir en 2015).

**Pour soutenir efficacement les SCAA, soyez attentifs aux normes sociales et relatives au genre.** Afin que les adolescentes puissent accéder à des moyens de contraception, il est nécessaire de transformer les normes sociales afin qu'elles puissent acquérir les connaissances nécessaires en matière de santé sexuelle/génésique et soient suffisamment autonomes pour avoir accès aux services (McCleary-Sills *et al.*, 2012). Les adolescents de sexe masculin doivent quant à eux évoluer dans des environnements où ils seront responsabilisés sur les questions relatives à la planification familiale (Barker *et al.*, 2010).

## Sujets de recherche prioritaires :

1. L'intégration des SCAA engendre-t-elle une augmentation de l'utilisation de moyens de contraception parmi la population adolescente cible ?
2. Quel est le rapport coûts-avantages de l'intégration des SCAA ?
3. Est-il possible d'intensifier de manière durable l'intégration des SCAA ?

## Outils et ressources

**Réflexion en dehors de l'espace séparé : Un outil décisionnel dédié à l'élaboration de services adaptés aux jeunes gens** aide les concepteurs de programmes à choisir et à adapter des modèles de prestations de services adaptés aux jeunes gens. Voir : <http://www.e2aproject.org/publications-tools/pdfs/thinking-outside-the-separate-space-yfs-tool.pdf>

**Adaptation des services de santé aux adolescents : L'élaboration de normes de qualité nationales applicables aux services de santé adaptés aux adolescents** permet de proposer des directives précises concernant la création de normes de qualité applicables aux prestations de services de santé proposées aux adolescents. Voir : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/adolescent\\_friendly\\_services/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/)

**Orientation des communautés en vue d'une amélioration de la santé sexuelle/génésique des adolescents : Le cadre conceptuel et les indicateurs de résultats proposés** constituent un cadre associant les interventions et l'implication des communautés aux résultats souhaités en termes de santé des adolescents. Voir : <http://www.unfpa.org/resources/community-pathways-improved-adolescent-sexual-and-reproductive-health>

**Manuel de procédures d'évaluation de la qualité : Le guide des procédures d'évaluation des services de santé destinés aux clients adolescents** comprend un guide de l'utilisateur, huit instruments et un cadre d'analyse et de rapport des données recueillies permettant d'évaluer la qualité des services de santé proposés aux adolescents. Voir : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/fch\\_cah\\_9789241598859/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_9789241598859/en/)

## Références

La liste complète des références utilisées dans le cadre de la préparation du présent mémoire d'information est disponible à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/adolescent-friendly-contraceptive-services/>

Pour plus d'informations sur les PHI, veuillez contacter l'équipe PHI à l'adresse [www.fphighimpactpractices.org/contact/](http://www.fphighimpactpractices.org/contact/).

Citation suggérée :

Pratiques à haut impact (PHI) en termes de planification familiale. Services de contraception adaptés aux adolescents : intégration d'éléments adaptés aux adolescents aux services de contraception existants. Washington (DC) : USAID ; 2015. Voir : <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/adolescent-friendly-contraceptive-services/>

Remerciements : Le présent document a été rédigé par Jill Gay, Gwyn Hainsworth, Karen Hardee et Shawn Malarcher. Nous remercions les personnes suivantes pour leurs analyses critiques et leurs précieux commentaires : Michal Avni, Regina Benevides, Doortje Braeken, Jimmie Braley, Kimberly Cole, Maureen Corbett, Liz Creel, Laurette Cucuzza, Jen Drake, Ellen Eiseman, Sarah Fox, Kate Gilles, Rena Greifinger, Jim Griffin, Rachel Hampshire, Ann Hirsche, Laura Hoemeke, Laura Hurley, June Hutchings, Roy Jacobstein, Niranjala Kanesathasan, Rebecca Kohler, Joan Kraft, Cate Lane, Pauline Lee, Judy Manning, Erin Mielke, Stembile Mugore, Danielle Murphy, Constance Newman, Rachel Okun-Kozlowicki, Tanvi Pandit-Rajani, Leslie Patykewich, Anne Pitzer, Jen Pope, Shannon Pryor, James Shelton, Tabitha Sripipatana, Sara Stratton, Julie Taft, Caitlin Thistle, Mary Vandenbroucke, Gracey Vaughn, Chandra-Mouli Venkatraman, Defa Wane, Kelsey Wright et Sylvia Wong.

Le présent mémoire d'information consacré aux PHI est approuvé par les organismes suivants : Abt Associates, Bill & Melinda Gates Foundation, CARE, Chemonics International, EngenderHealth, FHI 360, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Palladium, PATH, Pathfinder International, Planned Parenthood Global, Population Council, Population Reference Bureau, Population Services International, Public Health Institute, Save the Children, U.S. Agency for International Development, et University Research Co., LLC.

Le Département de la santé et de la recherche génésiques de l'OMS a participé à l'élaboration du contenu technique des mémoires d'information relatifs aux PHI, qui sont considérés comme des synthèses entre les données factuelles et l'expérience de terrain. Il est prévu que ces mémoires d'information soient utilisés parallèlement aux Directives et outils de planification familiale de l'OMS : [http://www.who.int/topics/family\\_planning/en/](http://www.who.int/topics/family_planning/en/).

Le Partenariat PHI est un partenariat diversifié, axé sur les résultats, composé d'une gamme d'intervenants et d'experts ayant de perspectives variées. Les opinions exprimées et le langage employé dans ses publications ne représentent pas nécessairement ceux des organisations coparrainantes, ni des partenaires de soutien.

