

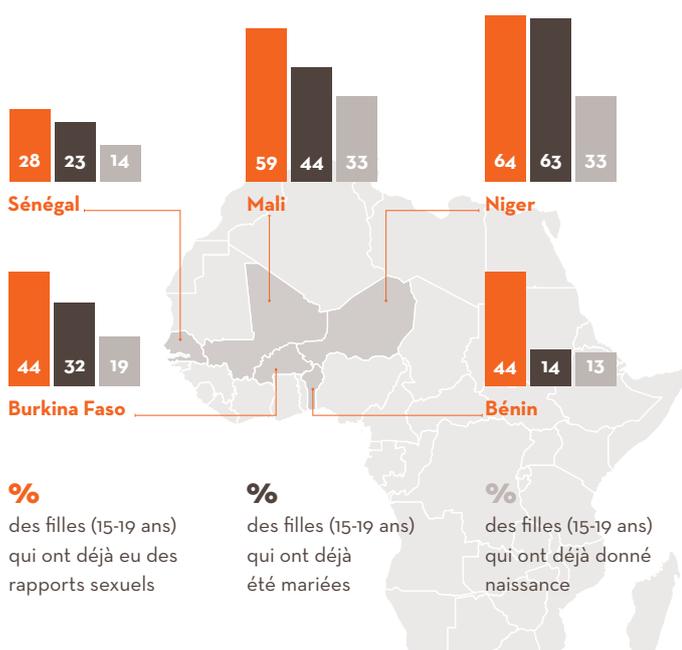
# Les obstacles à l'accès à la planification familiale chez les adolescentes

Les adolescentes africaines sont souvent en situation de grande vulnérabilité en termes de Droits et Santé Sexuels et Reproductifs (DSSR). Leurs besoins en matière de Planification Familiale (PF) restent largement non satisfaits, avec des conséquences importantes sur leur développement. Quels sont les obstacles limitant l'accès aux services et produits de PF chez les adolescentes ?

## LES BESOINS

En Afrique de l'Ouest, un grand nombre de jeunes filles ont leurs premières relations sexuelles avant 19 ans, et une partie non négligeable avant 15 ans. Ces relations sexuelles peuvent être non protégées et vécues sous la contrainte. Pour beaucoup de filles, le mariage constitue le cadre de ces premiers rapports. Ces facteurs contribuent à la prédominance des grossesses précoces et non désirées : dans la région, les taux de natalité chez les adolescentes sont parmi les plus élevés au monde.

### Précocité des rapports sexuels, unions et grossesses dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest



% des filles (15-19 ans) qui ont déjà eu des rapports sexuels

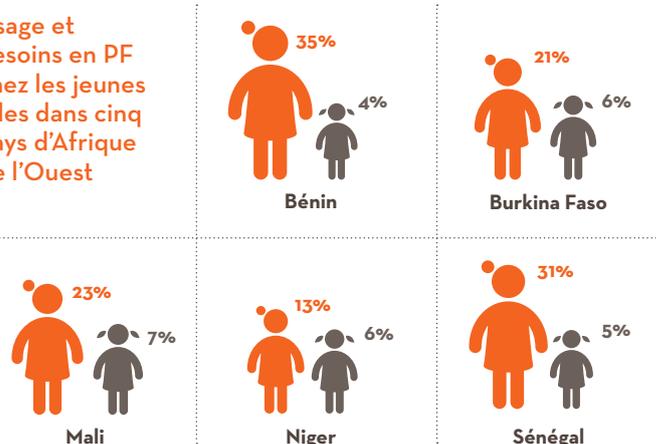
% des filles (15-19 ans) qui ont déjà été mariées

% des filles (15-19 ans) qui ont déjà donné naissance

Pour les adolescentes, les conséquences en matière de santé, d'éducation et d'opportunités futures sont dévastatrices. En effet, le risque de décès maternel est supérieur d'environ 30% chez les 15-19 ans par rapport aux 20-24 ans<sup>1</sup> et les décès maternels sont la seconde cause de mortalité chez les 15-19 ans<sup>2</sup>.

La planification familiale permet de réduire les grossesses à risque et non désirées chez les adolescentes. Répondre aux besoins non satisfaits en PF des filles de 15 à 19 ans préviendrait six millions de grossesses non désirées chaque année à l'échelle mondiale<sup>3</sup>. La PF contribue ainsi à réduire le risque de décès maternels, maintenir les adolescentes à l'école et renforcer leur pouvoir décisionnel. Pourtant, l'accès des adolescentes à la PF reste très limité, en particulier en Afrique de l'Ouest francophone. En effet, d'après les dernières enquêtes démographiques et de santé disponibles, le taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes) chez les adolescentes mariées de 15 à 19 ans reste très en-deçà des 10% au Bénin, Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal.

### Usage et besoins en PF chez les jeunes filles dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest



■ Besoins non satisfaits en PF (15-19 ans en union)

■ Taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes) (15-19 ans en union)

Données tirées des dernières Enquêtes Démographiques et de Santé disponibles

## LES OBSTACLES À LA PF CHEZ LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES <sup>4 à 12</sup>



### Obstacles relatifs à l'environnement social et institutionnel

- Contraception associée à l'infidélité
- Crainte de la stigmatisation
- Opposition de la famille et/ou du partenaire
- Dispositions légales rendant nécessaire l'accord des parents ou du mari pour l'obtention de la PF



### Obstacles liés à la qualité des services

- Absence de prestataires formé-e-s aux besoins des jeunes
- Attitude hostile envers les adolescentes et les jeunes
- Refus de prescrire en-deçà d'un certain âge ou hors union
- Manque de confidentialité



### Obstacles liés aux (mé)connaissances

- Manque d'informations claires et adaptées
- Craintes avérées ou non concernant les effets secondaires des contraceptifs
- Absence de connaissances sur la santé reproductive, les différentes méthodes de contraception et leurs spécificités



### Obstacles pratiques

- Difficulté d'accès aux formations sanitaires (FS) proposant la PF
- Manque de visibilité des FS proposant la PF
- Horaires d'ouverture des centres de PF inappropriés



### Obstacles financiers

- Moindre accès à des ressources financières propres
- Choix de la contraception basé sur leur perception des coûts

## LEVER LES OBSTACLES POUR LES ADOLESCENTES ET JEUNES : PERSPECTIVES EN AFRIQUE DE L'OUEST FRANCOPHONE

Répondre de manière adaptée aux besoins des adolescentes et jeunes en matière de PF nécessite de comprendre et de dépasser ces multiples barrières. Des efforts en ce sens sont en cours en Afrique de l'Ouest francophone, notamment à travers l'impulsion des plans d'action PF développés dans le cadre du Partenariat de Ouagadougou (PO) et des Conférences Internationales sur la PF (CIPF) sises en Afrique :

- **Normes sociales** : actions de sensibilisation pour changer la perception collective en matière de PF y compris pour les jeunes, notamment au Burkina et au Sénégal
- **Information pour les jeunes** : éducation des adolescent-e-s en matière de DSSR et PF via des pair-e-s éducateur-ric-e-s en milieu scolaire, par exemple au Niger et au Bénin
- **Qualité des services pour les jeunes** : formation des prestataires de PF à une approche adaptée aux adolescent-e-s au Mali
- **Accès pratique aux services de PF pour les jeunes** : amélioration de l'accès à la PF avec des effets rebonds pour les adolescent-e-s dans tous les pays du PO
- **Levée des obstacles financiers** : engagements en faveur de l'exemption du paiement direct pour la PF ciblant les jeunes pris par le gouvernement béninois suite à la CIPF d'Addis Abeba en 2013

## Nos revendications

### ► Sécuriser des budgets pour la PF des jeunes

Les plans d'action PF nationaux doivent comprendre des actions spécifiques afin de lever les obstacles à l'accès à la PF chez les adolescentes et les jeunes et des lignes budgétaires appropriées doivent être sécurisées.

### ► Actionner plusieurs leviers d'action

Les stratégies ciblant les jeunes doivent combiner plusieurs approches : éducation et information, formation des prestataires et adaptation des services, communication au sein des communautés. Dans tous les cas, les adolescentes et les jeunes doivent être systématiquement impliqué-e-s dans leur élaboration, leur mise en œuvre et leur suivi.

### ► Innover et mieux utiliser les résultats de recherche

Les investissements en matière de DSSR des adolescent-e-s et des jeunes doivent s'appuyer sur les résultats de recherche, et les approches qui n'ont pas prouvé leur efficacité doivent être repensées. À l'inverse, il faut investir massivement dans ce qui fonctionne, comme l'éducation complète à la sexualité (PF comprise), dont l'impact est prouvé<sup>13</sup>.

**NOTES** • 1. Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A., & Singh, S. (2015). "Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends". Journal of adolescent health, Vol 56, pp. 223-230. • 2. United Nations Population Fund. (2014). State of the World Population. The power of 1.8 billion. New York : UNFPA. • 3. Darroch, J.E., Woog, V., Bankole, A., & Ashford, L.S. (2016). "Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents". New York : Institut Guttmacher. • 4. Indongo, N. & Naidoo, K. (2008). "Family planning dialogue: Identifying the key determinants of young women's use and selection of contraception in Namibia", African Sociological Review, Vol 12 : 2. • 5. Sidze, E., Lardoux, S., Speizer, I. S., Faye C. M., Mutua, M. M. & Badji, F. (2014). "Young Women's Access to and Use of Contraceptives: The Role of Providers' Restrictions in Urban Senegal". International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Vol 40 : 4. • 6. International Planned Parenthood Federation European Network. (2012). Les besoins en planification familiale chez les adolescents. Bruxelles : IPPF. • 7. Ochako, R., Aloo, S., Kaimenyi, S., Thompson, R. & Temmerman, M. (2015). "Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: a qualitative study". BMC Public Health. Vol 15 : 118. • 8. Institut Guttmacher (2015). Pratique Contraceptive au Bénin. Washington DC : Institut Guttmacher. • 9. Evidence for Action. (2014). Research briefing: Knowledge, Attitude and Practices of family planning in 13 districts of Sierra Leone. Londres : Evidence for Action. • 10. Mchome, Z., Richards, E., Nnko, S., Dusabe, J., Mapella, E. & Obasi, A. (2015). "A 'mystery client' evaluation of adolescent sexual and reproductive health services in health facilities from two regions in Tanzania". PlosOne, Vol 10 : 3. • 11. Bationo, F.B. (2009). Accès des jeunes aux services de planification familiale. Présentation donnée pendant le séminaire de clôture du projet "Passages". • 12. Speizer, I. S., et. al. (2000). "Do service providers in Tanzania unnecessarily restrict clients' access to contraceptive methods?", International Family Planning Perspectives, Vol 26 : 1. • 13. Chandra-Mouli, V., Lane, C. & Wong, S. (2015). "What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices". Global Health: Science and Practice. Vol 3 : 3.