

Les leçons des gouvernements pour la réduction des grossesses chez les adolescentes au Chili, en Angleterre et en Éthiopie

- ▷ La grossesse chez les adolescentes peut avoir un impact négatif sur la santé, la société et l'économie
- ▷ L'insuffisance pondérale, la prématurité et les problèmes néonataux sont des risques pour les nouveaux-nés
- ▷ Les programmes de prévention de la grossesse chez les adolescentes peuvent réussir à grande échelle.

Venkatraman Chandra-Mouli

Organisation mondiale de la santé

La grossesse chez les adolescentes est un défi de santé publique mondial. La plupart des naissances chez les adolescentes —95%— se produisent dans les pays en développement, où près de 21 millions de filles âgées de 15 à 19 ans sont tombées enceintes en 2016, dont 12 millions ont accouché (Darroch et al., 2016). Dans ces pays, environ 2,5 millions de filles de moins de 16 ans accouchent chaque année (Neal et al., 2012).

Marina Plesons

Organisation mondiale de la santé

Le taux actuel de 44 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans est inférieur à celui de 65 en 1990-1995, bien que les progrès aient été inégaux (Département des affaires économiques et sociales des Nations unies, 2015, 2017, 2018). Partout dans le monde, les filles rurales pauvres et peu instruites ont plus de chances de tomber enceintes que les filles plus riches, plus instruites et urbaines (Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), 2013).

Alison Hadley

Université de Belfordshire/Santé Publique d'Angleterre

Pour certaines adolescentes, la grossesse et l'accouchement est voulu et planifié, hors mariage ou non. Pour beaucoup d'autres adolescentes, ce n'est pas le cas : la grossesse résulte de rapports sexuels non planifiés, sporadiques ou forcés. De nombreuses filles sexuellement actives ignorent la contraception, ne veulent pas l'utiliser ou n'ont pas les moyens d'y avoir accès. Lorsqu'elles essaient d'accéder et d'utiliser une contraception, elles peuvent faire face à des lois restrictives ou à la désapprobation des personnels de santé et/ou à la résistance de leurs partenaires sexuels (Chandra-Mouli et al., 2017).

Matilde Maddaleno

Université de Santiago

Lemessa Oljira

Université d'Haramaya

Senait Tibebe

Fondation David et Lucile Packard

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans. En outre, environ 3,9 millions d'avortements non médicalisés ont lieu chaque année, avec des conséquences graves (Darroch et al., 2016). Les grossesses précoces augmentent également les risques pour les nouveau-nés, incluant l'insuffisance pondérale à la naissance, les naissances prématurées et les maladies néonatales graves (Ganchimeg et al., 2014). Les adolescentes enceintes non mariées peuvent être confrontées à la stigmatisation ou au rejet et les mères adolescentes sont plus susceptibles que les mères plus âgées d'être victimes de violences de la part de leur partenaire intime (Chandra-Mouli et al., 2017). Des études suggèrent que les jeunes mères adolescentes qui souffrent de dépression périnatale ou qui se trouvent dans une

Elsie Akwara

Organisation mondiale de la santé

Danielle Engel

Fonds des Nations unies pour la population

Vous trouverez en détails les affiliations des auteurs à la fin de cet article.

situation sociale difficile pourraient avoir des difficultés à établir un lien affectif sûr avec leurs bébés et leurs enfants (Figueiredo et al., 2006; Huang et al., 2014). Enfin, les grossesses précoces conduisent souvent à l'abandon scolaire, réduisent les possibilités d'emploi et perpétuent les cycles de pauvreté (Loaiza et Liang, 2013).

En 2011, l'Organisation mondiale de la santé et l'UNFPA ont publié des directives sur la prévention des grossesses chez les adolescentes et des troubles de la reproduction dans les pays en développement, avec six recommandations :

- Réduire la possibilité de mariage avant 18 ans
- Susciter la compréhension et apporter du soutien
- Utiliser de façon croissante la contraception
- Réduire les rapports sexuels forcés
- Réduire les avortements dangereux
- Accroître le recours aux soins prénatals, d'accouchement et postnatals qualifiés.

(OMS, 2011)

Ces recommandations ont été approuvées par des révisions plus récentes (Hindin et al., 2016).

La prévention de la grossesse chez les adolescentes figure en bonne place dans l'agenda mondial. De nombreux gouvernements s'y attaquent, même si les rapports sur les initiatives commencent tout juste à émerger. Voici trois exemples issus du Chili, d'Angleterre et d'Éthiopie.

Réunion annuelle 2016 du Conseil consultatif de la jeunesse sur la santé



Photo : Avec l'aimable autorisation du Conseil consultatif de la jeunesse sur la santé, Ministère de la santé, Chili

Chili

▷ Réduction de 51% de la proportion de naissances chez les mères âgées de moins de 19 ans (2000-2017) (Paez, 2018)

Comment la grossesse chez les adolescentes a été inscrite à l'agenda national

Reconnaissant son taux de fécondité élevé chez les adolescentes (55,8 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans en 2005), le Chili a adopté le Plan andin 2007-2013 pour la prévention de la grossesse chez les adolescentes (Dides et Fernández, 2016 ; Banque mondiale, 2019). Le gouvernement chilien a fixé comme objectif une réduction de 10% du taux de fécondité des adolescents dans la Stratégie nationale de santé 2011-2020 et a renforcé le Programme national de santé pour l'adolescence/la jeunesse et le Plan d'action stratégique correspondant (Gobierno de Chile, 2013).

Comment la mise à l'échelle a été planifiée

Une stratégie à cinq volets¹ pour améliorer la réactivité du système de santé vis-à-vis des adolescents a été mise au point pour la stratégie décennale. De nouvelles circulaires gouvernementales ont été publiées sur les conditions de consentement des parents, l'autonomie des adolescents et la protection des jeunes contre les abus sexuels. En outre, plusieurs lois ont été regroupées dans un seul cadre définissant et délimitant les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes (Gobierno de Chile, 2013, 2018).

Comment la mise à l'échelle a été gérée

Le programme s'est appuyé sur des systèmes fonctionnels en renforçant les capacités des travailleurs de première ligne par une mise en œuvre progressive de la stratégie, en commençant par les régions les plus démunies (Banque mondiale, 2019). Pour répondre au besoin de données mieux définies, un registre statistique mensuel a été créé pour rassembler des données sur les adolescents, classées par âge, sexe et facteurs de risque.

Comment le soutien a été conçu et les résistances abordées

Le programme tire sa légitimité des plans et des cadres législatifs régionaux/nationaux. Le département des médias du Ministère de la santé a mis à la disposition des journalistes des données sur les progrès réalisés afin de faire connaître les résultats positifs obtenus. Un plaidoyer intensif auprès des associations scientifiques, des ONG, des défenseurs des droits des femmes et des jeunes a aidé à vaincre la résistance à la contraception. Le programme a toutefois décidé de manière stratégique de ne pas fournir d'éducation sexuelle afin d'éviter tout risque d'opposition au programme de façon plus générale.

Comment la durabilité a été assurée

L'ancrage de cette approche dans la Stratégie nationale de la santé sur dix ans a permis de garantir des ressources humaines et financières durables au cours des trois gouvernements dirigés par des partis politiques de gauche et de droite. Les résultats positifs ont encouragé les autres parties prenantes à collaborer.

« Le programme s'est appuyé sur des systèmes fonctionnels en renforçant les capacités des travailleurs de première ligne par une mise en œuvre progressive de la stratégie. »

1 Formation des agents de santé ; créations d'espaces adaptés aux adolescents dans les centres de santé primaires ; promotion d'une gamme de méthodes contraceptives ; amélioration de la sensibilisation et des références ; et soutien de la rétention scolaire et de la réinsertion professionnelle des adolescentes enceintes et des mères adolescentes.

Angleterre

▷ Réduction de 55% du taux de conception chez les moins de 18 ans (1998-2015) (Hadley et al., 2016)

Comment la grossesse chez les adolescentes a été inscrite à l'agenda national (Hadley et al., 2016, 2017)

À la fin des années 90, le nouveau gouvernement a déterminé que la grossesse chez les adolescentes était une cause et une conséquence de l'exclusion sociale qui nécessitait une action collective. Les efforts des gouvernements antérieurs s'étaient appuyés sur le secteur de la santé, avec des résultats peu probants. Le ferme plaidoyer des ONG et des organisations médicales a maintenu cela en tête des priorités politiques. L'objectif de dix ans de réduction de moitié du taux de grossesse chez les moins de 18 ans, d'engagement pour des ressources durables et de lancement par le Premier ministre a fait de cette stratégie une priorité nationale.

Comment la mise à l'échelle a été planifiée

La montée en puissance était intégrale dès le début. Un programme national, articulé autour de quatre thèmes², a été mis en œuvre par plusieurs agences travaillant ensemble dans les 150 zones de gouvernement local avec des objectifs locaux convenus. La mise en place d'une structure composée d'une unité nationale, de neuf coordonnateurs régionaux de la grossesse chez les adolescentes et de 150 coordonnateurs locaux ainsi que de conseils de partenariat composés de plusieurs agences a été au cœur de cet effort. Une subvention locale de mise en œuvre a contribué à la création de partenariats et à la mise en œuvre conjointe.

Comment la mise à l'échelle a été gérée

Des données de conception précises et à jour ont permis un examen régulier des progrès. Un examen à mi-parcours de la stratégie comparant les domaines présentant des progrès contrastés a révélé que les régions qui appliquaient toutes les mesures recommandées avaient présenté des taux réduits, validant ainsi l'approche à plusieurs composantes de la stratégie. Des directives plus normatives, une participation directe des ministres et des hauts responsables dans des domaines peu performants, ainsi qu'un soutien adapté ont permis d'accélérer les progrès.

Comment le soutien a été conçu et les résistances abordées

La stratégie fondée sur des preuves factuelles a été fortement approuvée par les ONG et les organisations professionnelles. La confiance a été renforcée par la nomination d'experts au sein d'un groupe consultatif indépendant chargé de demander des comptes au gouvernement. Son expertise influençait de hauts responsables locaux et aidait le gouvernement à réagir face aux reportages négatifs dans les médias d'une petite minorité, mais néanmoins virulente, sur les « dangers » de l'éducation sexuelle et de fournir une contraception en toute confidentialité aux moins de 16 ans.

« La stratégie fondée sur des preuves factuelles a été fortement approuvée par les ONG et les organisations professionnelles. »

² Action regroupée ; meilleure prévention grâce à l'amélioration des relations et de l'éducation sexuelle et à l'accès à une contraception efficace ; campagne de communication pour atteindre les jeunes et les parents ; et soutien coordonné aux parents adolescents pour améliorer les résultats pour eux et pour leurs enfants.

Comment la durabilité a été abordée

Le maintien des progrès au-delà de la fin de la stratégie et en cas de changement de gouvernement posait des problèmes. Cependant, la stratégie avait fait prendre conscience de la nécessité de s'attaquer à la grossesse chez les adolescentes et de l'impact des bonnes actions. Les ministres ont appelé à de nouveaux progrès. Les dirigeants locaux ont appelé à un soutien continu et à la mise à jour des directives nationales. L'indicateur du taux de grossesse chez les adolescentes a été inclus dans l'ensemble de données de santé publique pour suivre les progrès nationaux et locaux. La législation sur les relations obligatoires et l'éducation sexuelle dans toutes les écoles (de 5 à 16 ans) à partir de 2020 devrait intégrer des éléments de prévention de la stratégie pour les générations futures.

Éthiopie

▷ Augmentation de 29% de l'utilisation de contraceptifs chez les adolescentes mariées âgées de 15 à 19 ans (2000-2016) et augmentation de 38% de l'utilisation de contraceptifs après l'accouchement chez le même groupe d'âge d'adolescentes mariées (2005-2016) (Agence centrale des statistiques, Éthiopie (CSA) et ICF; Worku et al., 2015)

« Le Ministère a renforcé son soutien au niveau national grâce à des partenariats avec des associations de professionnels de la santé publique et de cliniciens. »

Comment la grossesse chez les adolescentes a été inscrite à l'agenda national

Dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, le gouvernement éthiopien a ciblé la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans les zones rurales, où résident plus de 80% de la population (Assefa et al., 2017).

Comment la mise à l'échelle a été planifiée

Le Ministère de la santé a lancé un ambitieux Programme d'extension sanitaire (Health Extension Program - HEP) afin de dispenser une éducation en matière de santé et de prodiguer des services de santé de base dans les communautés, ainsi que de renforcer les liens avec les établissements de santé. Il visait à donner aux ménages ruraux les moyens de « prendre en charge la production et le maintien de leur santé » (Assefa et al., 2009).

Comment la mise à l'échelle a été gérée

En cinq ans, près de 35 000 personnes (des femmes issues de toutes les régions sauf à l'exception des zones pastorales) sélectionnées par les communautés ont été recrutées et formées en tant que nouvelle équipe de travailleurs d'extension sanitaire salariés. En outre, des professionnels de santé de niveau intermédiaire ont été recrutés et formés pour dispenser des soins d'urgence, des soins néonataux et périnataux dans des centres de santé nouvellement construits ou réhabilités. Une équipe principale, composée d'experts techniques et présidée par le Ministre d'État de la santé, a examiné les progrès accomplis, défini les priorités et élaboré les plans. Les problèmes rencontrés ont été identifiés avant d'être traités (Assefa et al., 2009).

Comment le soutien a été conçu et les résistances abordées

Le Ministère a renforcé son soutien au niveau national grâce à des partenariats avec des associations de professionnels de la santé publique et de cliniciens. Au niveau local, il a mobilisé les travailleurs des communautés dans lesquelles ils œuvraient, qui avaient connaissance du contexte, étaient formés et encouragés à dialoguer pour contester des normes telles que la faible utilisation de la contraception ou les services de santé maternelle (Assefa et al., 2009).

Comment la durabilité a été abordée

Le gouvernement a dicté des lois établissant la gratuité des services de santé maternelle et néonatale dans les établissements de santé publics et libéralisant la loi sur la prestation de soins d'avortement dans des circonstances déterminées. La gestion et le financement du HEP, tels que les salaires des professionnels de santé et la réhabilitation des postes de santé, ont été décentralisés à l'échelle de la région et du district, motivant ainsi une appropriation locale (Assefa et al., 2009).

Discussion et conclusion

Des groupes d'agents de changement bien connectés ont utilisé les opportunités disponibles (une initiative régionale au Chili, un nouveau gouvernement en Angleterre) pour créer un élan en faveur d'un renforcement de la prévention de la grossesse chez les adolescentes.

Chacun des trois pays a planifié une intensification systématique et pragmatique. Ils ont élaboré des stratégies fondées sur des données factuelles basées sur des politiques nationales favorables. Ils ont désigné des ministères pour héberger et défendre les actions. Ils ont simplifié les séries d'interventions à l'essentiel. Ils ont clairement indiqué ce qui devait être fait, où, comment et par qui.



Les trois pays ont engagé des ressources suffisantes et géré la mise en œuvre de manière efficace. Cela nécessitait des efforts pour obtenir l'engagement des ministères concernés à différents niveaux et le maintenir, de même que pour les ONG et les associations professionnelles, ainsi que pour garantir le maintien d'un niveau de qualité acceptable. Ils ont utilisé les conclusions des évaluations et des examens pour réorganiser leurs programmes.

L'Angleterre et le Chili ont anticipé leur résistance à la fourniture de contraception aux adolescentes non mariées et ont travaillé de manière stratégique pour y remédier. L'Éthiopie s'est concentrée sur les jeunes femmes mariées dont les besoins ont été largement reconnus.

Les trois pays ont utilisé les données de manière créative pour communiquer les progrès réalisés. Ils ont plaidé pour le maintien des efforts et ont travaillé dur pour maintenir les activités en intégrant des actions de renforcement dans les politiques, stratégies et cadres d'indicateurs nationaux plus larges.

« L'Angleterre et le Chili ont anticipé leur résistance à la fourniture de contraception aux adolescentes non mariées et ont travaillé de manière stratégique pour y remédier. »

La grossesse chez les adolescentes a des causes qui sont clairement établies et de graves conséquences pour la santé, la société et l'économie. Il existe un consensus sur les actions nécessaires pour l'éviter. Ces connaissances ont alimenté les politiques et stratégies nationales, mais n'ont pas encore abouti à des exemples documentés de programmes nationaux couronnés de succès. Ces études de cas comblent cette lacune. Elles montrent ce qui peut être réalisé avec le concours d'une science de qualité, avec un leadership, une gestion et une persévérance solides. Elles nous mettent tous au défi de faire ce qui est faisable et urgent, dès maintenant.

Remerciements

David Ross, OMS Genève; Wegen Shirka, OMS Éthiopie; Teshome Desta, Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS; Sylvia Santander, Macarena Valdés, Cettina D'Angelo (toutes du Ministère de la santé du Chili)

➔ Retrouvez cet article en ligne sur earlychildhoodmatters.online/2019-9

RÉFÉRENCES

- Assefa, A., Degnet, A. et Andinet, D.W. (2009). Impact evaluation of the Ethiopian Health Services Extension Programme. *Journal of Development Effectiveness* 1(4): 430–49.
- Assefa, Y., Damme, W.V., Williams, O.D. et Hill, P.S. (2017). Successes and challenges of the millennium development goals in Ethiopia: lessons for the sustainable development goals. *BMJ Global Health* 2: e000318.
- Central Statistical Agency (CSA) Ethiopia et ICF. (2017). Ethiopia Demographic and Health Survey 2016. Addis Ababa and Rockville, MD: CSA et ICF.
- Chandra-Mouli, V., Parameshwar, P., Parry, M., Lane, C., Hainsworth, G., Wong, S. et al. (2017). A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reproductive Health* 14(1): 85.
- Darroch, J., Woog, V., Bankole, A. et Ashford, L.S. (2016). *Adding It Up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. New York: Guttmacher Institute.
- Dides, C. et Fernández, C. (2016). *Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile*. Capítulo 2: Embarazo adolescente. Recoleta: Corporación Miles.
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R. et Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: a comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development* 8(2): 123–38.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J. et al. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 121(Suppl. 1): 40–8.
- Gobierno de Chile. (2013). *Situación actual del embarazo adolescente en Chile*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Gobierno de Chile. (2018). *Situación del embarazo adolescente en Chile*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Hadley, A., Ingham, R. et Chandra-Mouli, V. (2016). Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999–2010): How was this done and what did it achieve? *Reproductive Health* 13: 139.
- Hadley, A., Ingham, R., Chandra-Mouli, V. (2017). *Teenage Pregnancy and Young Parenthood. Effective policy and practice*. Abingdon/New York: Routledge.
- Hindin, M., Kalar, A.M., Thompson, T.A. and Upadhyay, U.D. (2016). Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low and middle-income countries: A systematic review of the published and gray literature. *Journal of Adolescent Health* 59 (Suppl. 3): S8–S15.
- Huang, C.Y., Costeines, J., Ayala, C. et Kaufman, J.S. (2014). Parenting stress, social support, and depression for ethnic minority adolescent mothers: impact on child development. *Journal of Child & Family Studies* 23: 255–62.
- Loaiza, E. and Liang, M. (2013). *Adolescent Pregnancy. A review of the evidence*. New York, UNFPA.
- Neal, S., Matthews, Z., Frost, M., Fogstad, H., Camacho, A.V. et Laski, L. (2012). Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 91: 1114–18.
- Páez, G.S. (2018). Embarazo adolescente en Chile sigue a la baja y cae a la mitad desde 2012. La Tercera, 11 Novembre. Disponible sur : <https://colegiodematronas.cl/index.php/2018/11/13/embarazo-adolescente-en-chile-sigue-a-la-baja-y-cae-a-la-mitad-desde-2012/> (consulté en avril 2019).
- Département des affaires économiques et sociales des Nations unies (2015). *World Population Prospects, the 2015 Revision*, édition DVD. New York: ONU DAES, Population Division.
- Département des affaires économiques et sociales des Nations unies (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*, DVD Edition. New York: ONU DAES, Population Division.
- Département des affaires économiques et sociales des Nations unies (2018). *Report of the Secretary-General on programme implementation and progress of work in the field of population in 2018*. New York: ONU DAES, Population Division.
- Fonds des Nations unies pour la population (2013). *Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy*. New York : UNFPA.
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes in Adolescents in Developing Countries*. Genève : OMS.
- Worku, A.G., Tessema, G.A. and Zeleke, A.A. (2015). Trends of modern contraceptive use among young married women based on the 2000, 2005, and 2011 Ethiopian Demographic and Health Surveys: A multivariate decomposition analysis. *PLOS One* 10(1): e0116525.
- Banque mondiale (2019, en ligne). Adolescent fertility rate. Washington DC: World Bank. Disponible sur : https://data.worldbank.org/indicator/sp.ado.tfrt?end=2016&name_desc=false&start=2005 (consulté en avril 2019).

LES AUTEURS

Venkatraman Chandra-Mouli

Scientifique, Département de la santé reproductive et de la recherche / Programme de reproduction humaine, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse

Marina Plesons

Consultante, Département de la santé reproductive et de la recherche / Programme de reproduction humaine, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse

Alison Hadley

Directrice, Échange de connaissance en grossesse chez les adolescentes, Faculté de sciences sociales et de la santé, Université de Belfordshire, Luton, Royaume-Uni, et Conseillère en grossesse chez les adolescentes, Équipe de santé sexuelle, santé reproductive et VIH, Santé publique d'Angleterre

Matilde Maddaleno

Directrice, Centre de santé publique, Faculté de sciences médicales, Université de Santiago, Chili

Lemessa Oljira

Professeur associé, Santé publique et santé des adolescents ; Directrice, École de santé publique, Collège de sciences médicales et de la santé, Université d'Haramaya, Éthiopie

Senait Tibebe

Associé de recherche, Fondation David et Lucile Packard, Addis-Abeba, Éthiopie

Elsie Akwara

Consultante, Département de la santé reproductive et de la recherche / Programme de reproduction humaine, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse

Danielle Engel

Technicien spécialiste, Antenne de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, Division technique, Fonds des Nations unies pour la population, New York, États-Unis