

La santé sexuelle et reproductive des adolescents pour tous en Afrique subsaharienne : un coup de projecteur sur les inégalités

Ce supplément se concentre sur les inégalités dans les niveaux et les tendances des progrès en matière de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents en Afrique subsaharienne. Alors que les adolescents n'ont pas reçu l'attention qu'ils méritaient dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement, il existe un engagement fort pour s'assurer qu'ils ne soient pas laissés pour compte dans le cadre des Objectifs de Développement Durable [1]. La nécessité d'accorder une attention particulière à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive a été renforcée dans la liste des actions clés pour la mise en œuvre future du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement lors du sommet de Nairobi [2]. Deux rapports récents soulignent la charge inégale des problèmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) chez les adolescents, ainsi que leur accès inégal aux services de SSR. Des données qui viennent d'être publiées suggèrent que la prévalence de la violence à l'égard des femmes en relation avec la violence du partenaire intime commence tôt dans la vie des filles/jeunes femmes, avec près d'un quart des 15-19 ans mariés/partenaires ayant déjà subi au moins une fois des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, et que les niveaux de violence au cours des 12 derniers mois (16%) sont plus élevés dans ce groupe d'âge [3]. Les données publiées par le Guttmacher Institute soulignent qu'à partir de 2019, les adolescents seront confrontés à de vastes besoins non satisfaits en matière de services de santé sexuelle et reproductive (par exemple, 41 % des adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui souhaitent éviter une grossesse ont des besoins non satisfaits en matière de contraception, alors que le taux comparable chez les 15-49 ans est de 24 %), et prévoient que cette situation risque de s'aggraver dans le contexte des restrictions de mouvement et des perturbations des services liées à la pandémie de COVID-19 [4].

Il est urgent de se pencher sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents en Afrique subsaharienne (ASS), car il existe des inégalités flagrantes dans les niveaux et les tendances des principaux problèmes de SSR entre les adolescents de cette région par rapport à ceux des adolescents d'autres parties du monde. Par exemple, les adolescents d'Afrique subsaharienne supportent le plus lourd fardeau de résultats négatifs en matière de SSR. L'infection par le VIH en est un exemple : la grande majorité des nouvelles infections par le VIH chez les adolescentes se situent en Afrique orientale et australe [5]. En outre, la majorité des pays présentant le taux le plus élevé de mariages d'enfants se trouvent en Afrique de l'Ouest [6] ; et la région dans son ensemble présente le plus haut niveau de besoins non satisfaits en matière de contraception moderne chez les adolescents, bien que des progrès impressionnants aient été réalisés récemment [7].

Les articles de ce supplément soulignent les énormes inégalités dans les niveaux et les tendances des résultats de santé, des pratiques nocives, des comportements de santé et dans l'utilisation des services de SSR entre et dans les pays d'Afrique subsaharienne, ainsi que dans l'accès aux interventions de santé préventives et curatives.

- Deux messages clés émanent de l'article de Kanunura Muhuzuma et al. : les progrès ont été limités et lents dans tous les pays, et il existe d'énormes disparités entre les pays [8].

- L'article de Melesse et al. étend ce point aux inégalités au sein d'un même pays, soulignant que les disparités en matière d'âge des premiers rapports sexuels, de mariages et de grossesses précoces persistent et augmentent dans un certain nombre de pays [9].
- L'article de Wado et al. note que si tous les groupes d'adolescentes/jeunes femmes (et de femmes adultes d'ailleurs) sont affectés par la violence des partenaires intimes, ceux qui sont issus de familles pauvres, ont une éducation limitée et vivent dans des zones rurales sont les plus touchés [10].
- L'article de Cane et al. met en évidence les disparités dans les niveaux et les tendances de la prévalence du VIH entre les filles/jeunes femmes et les garçons/jeunes hommes, et entre les résidents ruraux et urbains, tout en soulignant les progrès considérables qui ont été réalisés dans la réduction de la transmission du VIH dans tous les groupes [11].
- L'article de Kavao Mutua et al. réitère que ce sont les célibataires et les filles/jeunes femmes des communautés les plus pauvres qui ont le moins progressé dans la satisfaction des besoins de planification familiale au fil du temps [12].

Cet ensemble de travaux renforce puissamment l'idée que les moyennes nationales cachent d'énormes disparités. Démasquer ces disparités en désagrégant les données par caractéristiques démographiques et socio-économiques à partir des rapports d'enquêtes sur les ménages peut fournir des informations très utiles. À l'avenir, il est important que des données désagrégées soient collectées (dans les futures enquêtes), analysées, présentées et utilisées pour la prise de décision.

Pour aller de l'avant, nous voyons cinq défis et opportunités.

Tout d'abord, les données des enquêtes de SSR sont de plus en plus disponibles dans le domaine public et permettent l'analyse et la présentation de résultats désagrégés par âge, sexe (le cas échéant), statut de richesse, statut d'éducation et résidence urbaine ou rurale, ainsi que d'autres attributs tels que la religion, l'ethnicité et les normes/attitudes de genre (couverts dans d'autres études, mais pas dans ce corpus) [13]. Ces initiatives vont dans le bon sens, tout comme celles qui consistent à inclure les indicateurs de fécondité des adolescents âgés de 10 à 14 ans et le mariage des filles âgées de moins de 15 ans dans les objectifs de développement durable (qui reposent jusqu'à présent sur des études rétrospectives) [14]. Mais il faut qu'elles deviennent une pratique universelle.

Deuxièmement, les articles de ce supplément fournissent de nouvelles preuves importantes sur les inégalités dans les résultats de SSR et les déterminants de ces résultats, y compris les inégalités dans l'accès et l'utilisation des interventions de santé. Cependant, une analyse encore plus nuancée et granulaire est nécessaire pour identifier les adolescents ayant les besoins les plus urgents en matière de SSR. Par exemple, si la situation en matière de SSR est meilleure dans les milieux urbains de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne que dans les zones rurales, ce n'est pas toujours le cas dans les bidonvilles illégaux et souvent sans services qui abritent une proportion importante et croissante de la population des zones urbaines [15]. Compte tenu de l'hétérogénéité au sein des environnements urbains - mais pas seulement -, une désagrégation plus poussée est nécessaire. Les méthodes d'enquête géospatiale s'avèrent utiles pour identifier les "poches" géographiques de mauvais résultats sanitaires [16]. Elles devront être complétées

par des études de recherche et des données administratives sur les systèmes de santé, d'éducation et de protection sociale de ces zones.

Troisièmement, s'il est important de mettre en évidence les effets des facteurs individuels sur les résultats en matière de santé, les pratiques néfastes et le recours aux services de santé, il est tout aussi important de comprendre les effets synergiques de ces facteurs et la manière dont ils interagissent pour créer et concentrer les désavantages. L'intersectionnalité a rarement été explorée dans le contexte de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, mais elle est essentielle si nous voulons avoir une compréhension plus holistique de la façon dont les systèmes sociaux, le pouvoir et l'identité influencent les résultats et les comportements. Le cadre conceptuel pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé [17] fournit une lentille d'équité puissante pour comprendre comment un réseau de facteurs croisés augmente la probabilité que certains groupes d'adolescents/jeunes soient plus susceptibles d'être " exposés " à un résultat de SSR ou à une pratique néfaste, plus susceptibles de l'acquérir et plus susceptibles de subir des conséquences négatives suite à son acquisition. Par exemple, une fille de 15 ans au Mali est plus susceptible d'être " exposée au risque " du mariage des enfants qu'une fille du même âge au Ghana (une fille sur deux est mariée avant l'âge de 18 ans au Mali, contre une sur cinq au Ghana). Elle est plus susceptible d'être mariée à l'enfance si elle grandit dans une communauté d'agriculteurs de subsistance dans le Mali rural que dans une famille urbaine de classe moyenne du pays, en raison des normes communautaires et du peu d'autres options de vie. Elle est également beaucoup plus susceptible de subir des conséquences sanitaires telles que des grossesses très précoces avec les complications associées pendant la grossesse et l'accouchement, et des grossesses répétées rapides en raison d'un accès limité à des soins de santé gratuits et de qualité et de l'incapacité à payer les services fournis par les prestataires du secteur privé. Il est également plus probable qu'elle ne puisse pas poursuivre sa scolarité pendant sa grossesse ou rejoindre une école après l'accouchement en raison du manque d'écoles à proximité [18, 19].

Quatrièmement, les données relatives à un certain nombre de groupes d'adolescents susceptibles d'être exposés à des risques plus élevés de problèmes de santé sexuelle et reproductive et de rencontrer des obstacles plus importants pour accéder aux interventions de santé sexuelle et reproductive et les utiliser, ne sont généralement pas recueillies dans le cadre d'enquêtes représentatives au niveau national ; il s'agit notamment des adolescents qui vivent et travaillent dans la rue, de ceux qui sont handicapés et de ceux qui ont des orientations sexuelles et/ou des identités et expressions de genre différentes. Alors que le renforcement des sous-échantillons dans les enquêtes générales peut être approprié pour certains groupes, d'autres peuvent nécessiter des études spécifiques avec des approches telles que l'échantillonnage dirigé par les répondants ou l'échantillonnage temporel, qui sont conçues pour identifier et impliquer les groupes difficiles à atteindre [20].

Cinquièmement, étant donné la nature des sources de données, les changements rapides de la situation démographique et sanitaire qui se sont produits en raison de conditions environnementales telles qu'une sécheresse, des mouvements de population résultant de l'insécurité ou d'une épidémie n'apparaîtront que lorsqu'une nouvelle série d'enquêtes sera menée, ce qui peut prendre des années. Des systèmes d'information sanitaire plus solides et des enquêtes plus régulières menées par le Suivi des performances pour l'action - et discutées par Kanunura Muhuzuma et al. dans ce supplément (9) - pourraient jouer un rôle utile pour combler cette

lacune. Les études rapides pourraient également jouer un rôle complémentaire utile. C'est le cas des études menées par un certain nombre d'organisations, notamment par la Gender and Adolescence-Global Evidence Alliance, qui mettent en évidence les effets des fermetures, des interruptions de service et des restrictions de mouvement provoquées par la pandémie de COVID-19 [21].

Enfin, les données ne sont utiles que si elles sont utilisées pour informer les politiques et les programmes. Dans de nombreux endroits, la masse croissante d'informations épidémiologiques et les résultats des études sociales et comportementales ne sont pas pris en compte dans la formulation des politiques, la conception des programmes ou, comme George et al. l'ont montré, dans l'élaboration des dossiers d'investissement [22]. Cela doit changer. Il existe des méthodes et des outils permettant d'évaluer quels groupes d'adolescents sont laissés pour compte dans les programmes et les projets et comment les inclure au mieux [23, 24]. Les approches recommandées par l'OMS et le Population Council ont été testées dans des projets et sont maintenant appliquées dans des programmes à grande échelle, notamment dans le contexte de la prévention du VIH [25]. Pour répondre aux besoins des nombreux adolescents qui ont été - et sont - laissés pour compte, ces approches doivent devenir une pratique universelle.

Inégalités dans le mariage précoce, la procréation et les premières relations sexuelles chez les adolescents d'Afrique subsaharienne

Contexte

La santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) est une préoccupation majeure de santé publique en Afrique subsaharienne (ASS). Cependant, les inégalités en matière de SSRA ont reçu moins d'attention que de nombreux autres domaines prioritaires de santé publique, en partie en raison de données limitées. Dans cette étude, nous examinons les inégalités dans les indicateurs clés de la SSRA.

Méthodes

Nous avons analysé les enquêtes nationales auprès des ménages de 37 pays d'ASS, menées entre 1990 et 2018, afin d'examiner les tendances et les inégalités dans les comportements des adolescents liés au mariage précoce, à la procréation et à la première expérience sexuelle chez les adolescents, en utilisant les données des répondants âgés de 15 à 24 ans. Des analyses de survie ont été menées sur chaque enquête afin d'obtenir des estimations pour les indicateurs de SSRA. Un modèle de régression linéaire multiniveau a été utilisé pour obtenir des estimations pour 2000 et 2015 dans quatre sous-régions de l'ASS pour tous les indicateurs, ventilés par sexe, âge, richesse du ménage, résidence urbaine ou rurale et statut d'éducation (primaire ou moins versus secondaire ou supérieur).

Résultats

En 2015, 28% des adolescentes d'ASS ont été mariées avant l'âge de 18 ans, en baisse de 1,5% par an en moyenne sur la période 2000-2015, tandis que 47% des filles ont donné naissance avant l'âge de 20 ans, en baisse de 0,6% par an. Le mariage des enfants était rare pour les garçons (2,5 %). Environ 54% et 43% des filles et des garçons, respectivement, ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans. Les baisses étaient plus importantes pour les indicateurs de la première adolescence (10-14 ans). De grandes différences dans le mariage et la procréation ont été observées entre les adolescentes des zones rurales et urbaines et entre les ménages les plus pauvres et les plus riches, les inégalités étant beaucoup plus marquées en Afrique de l'Ouest et centrale où la prévalence était la plus élevée. Les inégalités entre zones urbaines et rurales et celles liées à la richesse sont restées stagnantes ou se sont creusées au cours de la période 2000-2015, le recul étant relativement plus lent chez les filles des zones rurales et les plus pauvres que chez celles des zones urbaines et les plus riches. La prévalence des indicateurs de SSRA n'a pas diminué ou augmenté dans les deux catégories d'éducation.

Conclusion

Les mariages, les grossesses et les premières relations sexuelles précoces ont diminué en Afrique subsaharienne, mais les niveaux de 2015 étaient encore élevés, notamment en Afrique centrale et occidentale, et les inégalités ont persisté ou se sont accentuées. En particulier, les adolescentes des zones rurales, les moins éduquées et les plus pauvres sont toujours confrontées à des risques et à des vulnérabilités plus élevés en matière de SSRA. Une plus grande attention aux disparités en matière de SSRA est nécessaire pour mieux cibler les interventions et suivre les progrès.

Inégalités liées à la richesse dans la demande de planification familiale satisfaite chez les adolescentes et les jeunes femmes mariées et non mariées en Afrique subsaharienne

Contexte

Le recours à la contraception moderne a augmenté dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne (ASS). Cependant, la mesure dans laquelle les changements se sont produits à travers le spectre de la richesse chez les adolescents n'est pas bien connue. Nous examinons les écarts entre les pauvres et les riches dans la demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes (DFPSm) chez les adolescentes et les jeunes femmes (AGYW) sexuellement actives en utilisant les données des enquêtes nationales sur les ménages.

Méthodes

Nous avons utilisé des enquêtes démographiques et sanitaires récentes et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples pour décrire les niveaux d'inégalités liées à la richesse en matière de DFPSm chez les jeunes filles et garçons âgés sexuellement actifs en utilisant un indice d'actifs comme indicateur de richesse. En outre, nous avons utilisé des données provenant de pays où plus d'une enquête a été menée à partir de 2000 pour évaluer les tendances en matière de DFPSm. Nous avons ajusté des modèles linéaires pour estimer le taux annuel moyen de changement (TAMC) par pays. Nous avons ajusté des modèles de régression à effets aléatoires pour estimer le taux de variation annuel moyen régional de l'EPDSm. Toutes les analyses ont été stratifiées en fonction de l'état civil.

Résultats

Dans l'ensemble, on observe des disparités significatives liées à la richesse dans les EPDSm en Afrique de l'Ouest seulement (17,8 points de pourcentage (pp)) chez les jeunes filles âgées de 18 ans et plus mariées. Les disparités étaient significatives dans 5 pays sur 10 en Afrique de l'Est, 2 sur 6 en Afrique centrale et 7 sur 12 en Afrique de l'Ouest chez les jeunes filles enceintes mariées, et dans 2 pays sur 6 en Afrique centrale et 2 pays sur 9 en Afrique de l'Ouest chez les jeunes filles enceintes non mariées. Dans l'ensemble, le DFPSm chez les AGYW mariés a augmenté avec le temps dans les ménages les plus pauvres (AARC = 1,6%, $p < 0,001$) et les plus riches (AARC = 1,4%, $p < 0,001$) et chez les AGYW non mariés des ménages les plus pauvres (AARC = 0,8%, $p = 0,045$). Le DFPSm a augmenté avec le temps parmi les jeunes filles mariées et non mariées issues des ménages les plus pauvres dans les sous-régions de l'Est (AARC = 2,4%, $p < 0,001$) et du Sud (AARC = 2,1%, $p = 0,030$) respectivement. Le Rwanda et le Libéria ont connu les plus fortes augmentations de DFPSm chez les jeunes filles mariées appartenant aux ménages les plus pauvres (CRSA = 5,2%, $p < 0,001$) et les plus riches (CRSA = 5,3%, $p < 0,001$) respectivement. On a constaté des tendances à la baisse du DFPSm chez les jeunes filles mariées (AARC = - 1,7 %, $p < 0,001$) et non mariées (AARC = - 4,7 %, $p < 0,001$) issues des ménages les plus pauvres du Mozambique.

Conclusion

Malgré des améliorations rapides de l'espérance de vie des jeunes filles mariées issues des ménages les plus pauvres dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les inégalités liées à la richesse n'ont été que modestement réduites. Des inégalités significatives subsistent, en particulier chez les jeunes filles mariées. L'EPDSm a stagné dans la plupart des sous-régions parmi les jeunes filles célibataires de l'adolescence.

Tendances et disparités du VIH selon le sexe et la résidence urbaine ou rurale chez les adolescents en Afrique subsaharienne

Contexte

En Afrique subsaharienne, la transmission du VIH est un problème majeur chez les adolescents, en particulier chez les filles et les personnes vivant en milieu urbain. Les principaux efforts internationaux ont visé à réduire la transmission sexuelle du VIH. Cette analyse vise à évaluer les tendances de la prévalence du VIH par sexe chez les adolescents, ainsi que les disparités entre zones urbaines et rurales.

Méthodes

Des données sur la prévalence du VIH aux âges de 15 à 19 ans ont été obtenues pour 31 pays ayant réalisé une enquête nationale depuis 2010 et pour 23 pays ayant réalisé une enquête vers 2005 et une enquête récente vers 2015. Les médianes des pays et les taux annuels moyens de variation ont été utilisés pour résumer les tendances pour deux sous-régions de l'Afrique subsaharienne, l'Afrique orientale et australe et l'Afrique occidentale et centrale, qui correspondent en grande partie aux pays à forte et faible prévalence du VIH. Les données sur l'incidence du VIH chez les 15-24 ans et la prévalence chez les 5-9 et 10-14 ans ont été examinées à partir de 11 enquêtes nationales récentes. Les tendances des disparités entre zones urbaines et rurales en matière de prévalence du VIH et certains indicateurs des comportements sexuels et de dépistage du VIH ont été évalués pour les femmes et les hommes âgés de 15 à 24 ans, à l'aide des mêmes enquêtes.

Résultats

La prévalence du VIH chez les filles de 15 à 19 ans a diminué en Afrique orientale et australe de 5,7 à 2,6 % au cours de la période 2005-2015 (médiane du pays), ce qui correspond à un taux de réduction annuel moyen de 6,5 % par an. Chez les garçons, la prévalence médiane du VIH a diminué de 2,1 à 1,2 %. Des changements ont également été observés en Afrique occidentale et centrale, où la prévalence médiane du VIH chez les filles a diminué de 0,7 à 0,4 % (taux annuel moyen de réduction de 5,9 %), mais pas chez les garçons (0,3 %). Les différences entre filles et garçons à l'âge de 10-14 ans étaient faibles, la médiane du VIH dans le pays étant respectivement de 1,0 % et 1,3 %. Les femmes et les hommes de 15 à 24 ans vivant en milieu urbain présentaient une prévalence du VIH au moins 1,5 fois supérieure à celle de leurs homologues vivant en milieu rural dans les deux sous-régions, et comme les déclinés urbains et ruraux étaient similaires, les écarts ont persisté pendant la période 2005-2015.

Conclusions

La prévalence du VIH chez les adolescents a diminué dans presque tous les pays au cours de la dernière décennie, tant en milieu urbain que rural. L'écart entre zones urbaines et rurales a persisté et la transmission du VIH aux filles, mais pas aux garçons, reste un problème majeur dans les pays d'Afrique orientale et australe.

La violence des partenaires intimes contre les adolescents et les jeunes femmes en Afrique subsaharienne : qui est le plus vulnérable ?

Contexte

La violence entre partenaires intimes (VPI) est un problème mondial de santé publique et de droits de l'homme qui touche des millions de femmes et de filles. Alors que les statistiques nationales désagrégées sont essentielles pour évaluer les inégalités, il existe peu de données sur les inégalités d'exposition à la violence contre les adolescents et les jeunes femmes (AYW). L'objectif de cette étude était de déterminer les inégalités en matière de VPI physique ou sexuelle contre les jeunes femmes et les croyances sur la violence basée sur le genre (VBG) en Afrique sub-saharienne (ASS).

Méthodes

Nous avons utilisé les données des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) les plus récentes menées dans 27 pays d'Afrique subsaharienne. Seules les données des enquêtes menées après 2010 ont été incluses. Notre analyse s'est concentrée sur les jeunes femmes mariées ou en cohabitation âgées de 15 à 24 ans et a comparé les inégalités en matière de VPI physique ou sexuelle selon le lieu de résidence, l'éducation et la richesse. Nous avons également examiné les variations de la VPI en fonction des croyances des jeunes adultes en matière de VBG et l'association de caractéristiques nationales telles que l'inégalité des sexes avec la prévalence de la VPI.

Résultats

La proportion d'AYW ayant signalé une VPI au cours de l'année précédant l'enquête variait de 6,5% aux Comores à 43,3% au Gabon, avec une médiane de 25,2%. Dans l'ensemble, les niveaux de VPI signalés étaient plus élevés dans les pays de la région d'Afrique centrale que dans les autres sous-régions. Bien que la prévalence de la VPI varie en fonction du lieu de résidence, de l'éducation et de la richesse, il n'y a pas de schéma clair d'inégalités. Dans de nombreux pays où la prévalence de la VPI est élevée, une plus grande proportion d'adolescents des zones rurales, moins instruits et appartenant au quintile de richesse le plus pauvre ont déclaré avoir subi une VPI. Dans la quasi-totalité des pays, une plus grande proportion d'adolescents qui approuvaient le fait de battre sa femme, quelle qu'en soit la raison, ont déclaré une VPI par rapport à leurs homologues qui désapprouvaient le fait de battre sa femme. Le signalement de la VPI était faiblement corrélé avec l'indice d'inégalité de genre et d'autres variables de niveau sociétal, mais était modérément positivement corrélé avec la consommation d'alcool chez les adultes ($r = 0,48$) et les attitudes négatives envers la VBG ($r = 0,38$).

Conclusion

La VPI est omniprésente chez les jeunes filles et les femmes âgées, avec des variations importantes entre les pays et au sein de ceux-ci, ce qui reflète le rôle des facteurs contextuels et structurels dans la vulnérabilité à la VPI. L'absence de modèles cohérents d'inégalités par les stratificateurs au sein des pays montre que la VPI contre les femmes et les filles traverse les frontières socio-économiques, ce qui suggère la nécessité d'approches globales et multisectorielles pour prévenir et répondre à la VPI.

Examen des tendances récentes en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents dans cinq pays d'Afrique subsaharienne, sur la base des enquêtes PMA et DHS auprès des ménages

Contexte

La collecte annuelle de données sur la fécondité, le mariage, le comportement sexuel et l'utilisation de contraceptifs dans les cycles représentatifs au niveau national des enquêtes de suivi des performances et des responsabilités (PMA) en Afrique subsaharienne peut contribuer au suivi périodique de la santé sexuelle et reproductive des adolescents (ASRH). Cependant, nous devons comprendre la fiabilité de ces données dans le suivi des indicateurs ASRH. Nous avons évalué les cohérences internes et externes des indicateurs ASRH dans cinq pays.

Méthodes

Nous avons inclus des pays disposant d'au moins trois séries d'enquêtes PMA représentatives au niveau national et de deux EDS récentes : l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, le Nigeria et l'Ouganda. Notre analyse s'est concentrée sur quatre indicateurs de l'état actuel de la SSRA chez les filles de 15 à 19 ans : avoir déjà eu des rapports sexuels, être actuellement mariée, avoir accouché ou être actuellement enceinte, et utiliser actuellement des contraceptifs modernes chez les filles célibataires sexuellement actives. Nous avons comparé les données de l'enquête PMA et de l'EDS, testé leur signification statistique et évalué les tendances dans le temps à l'aide du test statistique de Jonckheere-Terpstra.

Résultats

Les méthodologies d'enquête de la PMA et de l'EDS étaient similaires et, lorsqu'il y avait des différences, celles-ci se sont avérées avoir un impact minime sur les valeurs des indicateurs. La comparaison des points de données de la PMA et de la DHS pour les mêmes années a montré des différences statistiquement significatives dans 12 des 20 comparaisons, ce qui était le plus fréquent pour le comportement sexuel (4/5) et le moins pour l'utilisation de contraceptifs (2/5). Ceci est en partie dû à des intervalles de confiance plus larges dans les deux enquêtes. Les tendances temporelles étaient cohérentes entre les enquêtes annuelles PMA dans la plupart des cas en Éthiopie, au Kenya et au Nigeria, mais moins pour le Ghana et l'Ouganda. Cependant, les deux enquêtes soulignent la lenteur des progrès réalisés dans les indicateurs de santé des adolescents et de santé reproductive, avec des disparités importantes entre les pays.

Conclusions

Malgré les différences entre les enquêtes PMA 2020 et les enquêtes EDS menées la même année, et les incohérences des séries chronologiques de l'enquête PMA pour plusieurs indicateurs dans certains pays, nous n'avons pas trouvé de problèmes systématiques avec les enquêtes PMA et nous considérons les enquêtes PMA comme une source de données précieuse pour l'évaluation des niveaux et des tendances de la SSRA au-delà de l'utilisation des contraceptifs et de la planification familiale pour les indicateurs de fécondité, de mariage et de sexe chez les adolescentes en Afrique subsaharienne.

Les engagements rhétoriques envers les adolescents sont-ils reflétés dans les documents de planification ? Une analyse de contenu exploratoire de la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les plans nationaux du Fonds de financement mondial.

Contexte

Le mécanisme de financement mondial (GFF) offre la possibilité de combler le déficit de financement qui freine les progrès en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents. Cependant, il existe très peu de travaux examinant la pratique du GFF, en particulier pour la santé des adolescents. Alors que le GFF prend de l'ampleur, nous examinons les premiers documents de planification du GFF afin d'informer les futurs efforts nationaux et multilatéraux pour faire progresser la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

Méthodes

Nous avons entrepris une analyse de contenu des 11 premiers dossiers d'investissement et documents d'évaluation de projet du GFF disponibles sur le site Web du GFF. Les pays concernés sont le Bangladesh, le Cameroun, la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Guatemala, le Kenya, le Liberia, le Mozambique, le Nigeria, la Tanzanie et l'Ouganda.

Résultats

Si plusieurs documents nationaux signalent que la compréhension et l'investissement dans les adolescents constituent un domaine stratégique, cela n'est pas cohérent dans tous les pays, ni entre les cas d'investissement et les documents d'évaluation de projet. Dans les deux types de documents, les engagements faiblissent à mesure que l'on passe du contenu de la programmation aux indicateurs et aux investissements. Parmi les contributions importantes, citons le fait que la grossesse des adolescentes est une préoccupation universelle, que les services de santé et les programmes scolaires adaptés aux adolescents et aux jeunes sont soutenus dans plusieurs documents nationaux, que le genre est considéré comme un déterminant social essentiel à intégrer dans le système de santé, ainsi que l'importance de la collaboration multisectorielle et la reconnaissance des droits des adolescents. Parmi les faiblesses, citons l'absence d'une analyse complète des besoins des adolescents en matière de santé, des investissements incohérents dans les services de santé et les programmes scolaires adaptés aux adolescents, des opportunités manquées en ne soutenant pas les initiatives à plusieurs composantes et à plusieurs niveaux visant à changer les normes de genre impliquant les adolescents et les adolescentes, et la négligence des approches de gouvernance pour favoriser une collaboration multisectorielle efficace, l'engagement communautaire et la participation des adolescents.

Conclusion

Il existe des exemples importants de la manière dont le GFF soutient les adolescents et leur santé sexuelle et reproductive. Cependant, il est possible d'en faire plus. Tout en s'appuyant plus systématiquement sur les approches de prestation de services, il doit également financer des initiatives qui s'attaquent aux principaux facteurs sociaux et systémiques de la santé des adolescents. Cela nécessite de renforcer les capacités pour les aspects techniques de la santé des adolescents, mais aussi de s'engager politiquement pour s'assurer que les bons acteurs sont convoqués pour donner la priorité à la santé des adolescents dans les plans nationaux et pour garantir la responsabilité dans le processus du GFF lui-même.

