

Caractéristiques et tendances de la pratique contraceptive des adolescentes et de son abandon, et comparaisons par rapport aux femmes adultes

Par Ann K. Blanc,
Amy O. Tsui,
Trevor N. Croft et
Jamie L. Trevitt

Ann K. Blanc est directrice de l'équipe Maternal Health Task Force, EngenderHealth, à New York. Amy O. Tsui est directrice du Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health et Jamie L. Trevitt est candidate au doctorat, toutes deux à la faculté Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, à Baltimore (Maryland, USA). Trevor N. Croft est vice-président de Blancroft Research International, à Columbia (Maryland).

CONTEXTE: Les choix génésiques des jeunes femmes et hommes ont un impact énorme sur leur santé, leur scolarité, leurs perspectives d'emploi et leur transition globale vers l'âge adulte. Tandis que la plus vaste cohorte de jeunes de l'histoire accède à sa période de vie génésique, son comportement sexuel déterminera la croissance démographique et l'ampleur de la population mondiale à venir.

METHODES: Les données d'Enquête démographique et de santé de plus de 40 pays ont servi à l'examen des proportions de femmes de 15 à 19 ans actuellement mariées ou célibataires mais sexuellement actives, de leurs taux d'adoption, de pratique actuelle, d'abandon, de changement de méthode et d'échec de la contraception, des tendances de ces indicateurs et à la comparaison par rapport à leurs aînées.

RESULTATS: Dans de nombreux pays, la proportion d'adolescentes qui pratiquent la contraception a augmenté considérablement au cours des 20 dernières années. Parmi les adolescentes, la prévalence s'est accrue plus rapidement que parmi les femmes plus âgées. De plus grandes proportions d'adolescentes que de femmes plus âgées ont cependant abandonné une méthode adoptée en l'espace d'un an ou ont connu un échec contraceptif.

CONCLUSIONS: La pratique contraceptive des adolescentes est en hausse et, par rapport à celle des adultes, elle se caractérise par de plus brèves périodes d'usage constant avec plus d'échecs contraceptifs et plus d'abandons pour d'autres raisons. La pratique contraceptive durant les années de fécondité devrait s'accroître, alimentée davantage encore par la croissance numérique des jeunes. La demande accrue de produits contraceptifs, de services et d'information mettra vraisemblablement au défi l'état de préparation, la capacité et les ressources des programmes et prestataires de planification familiale existants.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2010, pp. 20–28

Les choix génésiques des jeunes femmes et hommes ont un impact énorme sur leur santé, leur scolarité, leurs perspectives d'emploi et leur transition globale vers l'âge adulte.^{1,2} En particulier, les possibilités de scolarisation et d'emploi influencent significativement le moment du mariage des jeunes femmes comme des jeunes hommes, leur qualité parentale et leur aptitude à apporter une contribution utile à leur famille et à la société.^{1,3,4} Les choix génésiques des jeunes femmes sont particulièrement importants, en ce que la maternité précoce peut nuire à leur santé et limiter leurs perspectives de participation productive à la société.

Il semblerait, d'après la littérature disponible, que les adolescentes non mariées mais sexuellement actives ne cherchent généralement pas à se retrouver enceintes et que celles mariées ne désirent pas de grossesse précoce ou, si elles ont déjà un enfant, désirent différer leur seconde grossesse.⁵ Selon les résultats de neuf enquêtes nationales menées dans les pays d'Asie du Sud et du Sud-Est entre 1996 et 1999, la prévalence contraceptive parmi les adolescentes mariées varie entre 6% au Népal et au Pakistan et 43–44% en Thaïlande et en Indonésie.⁶

Une étude réalisée sur près de 34.000 jeunes étudiants et étudiantes de 15 ans dans 23 pays d'Europe et au Canada révèle une proportion sexuellement expérimentée

comprise entre 14% et 38%;⁷ de ceux sexuellement actifs, 82% déclarent avoir utilisé le préservatif ou la pilule lors de leurs derniers rapports sexuels. D'après une autre étude de 18 Enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées en Afrique entre 1993 et 2001, deux jeunes femmes non mariées sur cinq âgées de 15 à 24 ans sont sexuellement actives;⁸ contrairement aux résultats de l'analyse euro-canadienne toutefois, la proportion médiane de celles ayant déclaré l'usage d'un contraceptif en 2001 atteint à peine 37%.

Si les niveaux d'activité sexuelle et de pratique contraceptive sont tous deux considérables parmi les adolescents du monde en développement, celui de la sexualité active tend à croître plus rapidement que celui de la contraception.^{9,10} Une étude menée dans 27 pays d'Afrique subsaharienne ne révèle pas de tendance générale à l'initiation sexuelle précoce (avant l'âge de 18 ans) entre 1994 et 2004, en dépit d'une hausse significative de la prévalence des rapports sexuels prénuptiaux avant l'âge de 18 ans dans 19 pays.¹¹ Le recours au préservatif à titre contraceptif a enregistré une hausse significative pendant cette période, de 5% à 19%. Des tendances similaires sont observées dans les antécédents génésiques et contraceptifs des femmes célibataires de 15 à 24 ans de huit pays d'Amérique latine,⁹ où

l'usage du préservatif s'est accru plus rapidement que le recours à toute autre méthode pratiquée par ce groupe.

La continuation de la contraception sur une période de temps prolongée n'est pas assurée, l'abandon survenant pour des raisons d'échec, de caractéristiques de la méthode (effets secondaires ou facilité d'emploi) ou de besoin changeant. Certaines femmes abandonnent carrément la contraception ou passent immédiatement à une autre méthode, tandis que d'autres laissent s'interrompre leur protection contraceptive pendant un mois ou plus. L'abandon pose une problématique particulièrement importante dans le cas des adolescentes et des jeunes femmes, qui tendent à bénéficier d'un accès plus limité à la planification familiale, dont l'activité sexuelle est généralement plus imprévisible et irrégulière et qui sont probablement moins bien informées sur la pratique efficace de la contraception.¹⁰ Selon une étude menée dans six pays en développement, les femmes de moins de 25 ans sont plus susceptibles que leurs aînées d'abandonner leur méthode contraceptive après 24 mois.¹²

Les grossesses d'adolescentes non planifiées surviennent en dépit des meilleures intentions contraceptives et l'efficacité des programmes de prévention de ces grossesses demeure inférieure aux niveaux désirés.¹³⁻¹⁵ Le succès de la prévention des grossesses d'adolescentes tient souvent à l'accès à l'information, aux méthodes et aux services de contraception. D'après les estimations de l'an 2000, près de 25% – soit 11 millions – de femmes mariées âgées de 15 à 19 ans dans le monde en développement et dans les pays de l'ancienne Union soviétique présenteraient un besoin non satisfait de contraception (défini par un désir d'éviter ou de différer une grossesse mais sans pratique contraceptive). Cette estimation ne couvre pas le besoin non satisfait des femmes sexuellement actives mais jamais encore mariées.¹⁶

Cette étude vise à présenter un aperçu de l'évolution, au niveau des pays, de l'activité sexuelle, de la pratique contraceptive et de l'abandon de la contraception parmi les adolescentes du monde en développement. Nous y comparons par ailleurs les taux annuels de changement de pratique contraceptive et les taux d'abandon par groupes d'âges. De manière plus spécifique, nous cherchons à répondre à trois questions: Dans quelles proportions les adolescentes sont-elles sexuellement actives et donc exposées au risque d'une grossesse et dans quelle mesure ces niveaux ont-ils changé dans le temps? Quels sont, parmi les adolescentes, les niveaux et tendances de pratique contraceptive? Enfin, dans quelles proportions les adolescentes qui pratiquent la contraception l'abandonnent-elles, changent-elles de méthode ou vivent-elles un échec contraceptif et que représentent ces proportions par rapport à celles de leurs homologues plus âgées?

DONNÉES ET MÉTHODES

Nos analyses reposent sur les données nationalement représentatives des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de plus de 40 pays en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Le nombre exact de pays compris dans chaque analyse varie en fonction des données dis-

ponibles pour chacun. Les enquêtes considérées ont été menées entre 1986 et 2006. Quarante-cinq pays ont été soumis à deux enquêtes ou même plus pendant cette période: leurs données nous ont permis d'examiner les tendances et les taux de variation dans le temps. Pour les pays disposant de plus de deux enquêtes, nous avons sélectionné la première et la dernière réalisées durant la période considérée. L'intervalle entre les enquêtes individuelles varie d'un pays à l'autre, pour une moyenne de près de 11 ans.

Pour évaluer l'exposition des jeunes au risque de grossesse et leur besoin potentiel de contraception, nous avons examiné la proportion d'adolescentes ayant déclaré être mariées et celle des adolescentes s'étant déclarées non mariées mais sexuellement actives,* pour les pays comptant deux passages d'enquête durant la période de 1986 à 2006.

Des antécédents contraceptifs détaillés ont été recueillis pour 21 pays. Les répondantes ont été invitées à déclarer si elles avaient pratiqué, chaque mois, une méthode contraceptive pendant les cinq ou trois années ayant précédé l'enquête (suivant l'EDS considérée) et, si oui, quelle méthode elles avaient pratiquée. Pour les mois pour lesquels une femme aurait déclaré l'abandon de sa méthode, elle a été invitée à en indiquer la raison principale.† D'après les données relatives à ces antécédents contraceptifs, nous avons examiné le taux d'adoption de la contraception par les adolescentes. Pour le calcul de la proportion cumulative des femmes qui avaient jamais pratiqué une méthode contraceptive par simples années d'âge, nous avons inclus l'expérience de celles âgées, à un moment ou l'autre, de 15 à 19 ans pendant la période de cinq années antérieures à l'enquête.‡ Nous avons aussi calculé par tables de mortalité les taux d'abandon de la contraception. Nous avons comparé la tendance observée dans la tranche de 15 à 19 ans à celle des femmes de 20 à 49 ans, dans le but de faire ressortir les caractéristiques distinctives de la dynamique contraceptive des adolescentes.

D'après les antécédents contraceptifs relevés dans les EDS, nous avons établi des tables de sortie permettant la catégorisation des raisons d'abandon d'une méthode contraceptive en quatre groupes: échec de méthode, changement de méthode, abandon (avec besoin) et abandon (sans besoin).¹⁷ L'échec contraceptif survient quand une femme tombe enceinte alors qu'elle pratique une méthode. La catégorie d'abandon (avec besoin) inclut les femmes ayant déclaré avoir abandonné leur méthode parce que leur mari y était opposé, qu'elles désiraient une méthode plus efficace ou que leur méthode n'était pas pratique; les femmes l'ayant abandonnée pour cause d'effets secondaires, d'inquiétudes de santé, de problèmes d'accès ou de

*Par «sexuellement active», on entend une répondante ayant eu des rapports sexuels durant les quatre semaines précédant l'enquête.

†Voir la référence n° 17 pour une discussion de la qualité des antécédents contraceptifs dans les données de calendrier des EDS.

‡Cette méthodologie nous a permis d'utiliser les données obtenues des répondantes ayant jusqu'à 24 ans au moment de l'enquête, en réponse aux questions relatives à leur comportement durant les cinq dernières années – couvrant donc une partie ou la totalité des années comprises entre leurs âges de 15 et 19 ans, suivant l'âge au moment de l'enquête.

TABLEAU 1. Pourcentage des femmes âgées de 15 à 19 ans mariées au moment de l'entretien ou non mariées mais sexuellement actives, par pays et année d'enquête, Enquêtes démographiques et de santé, 1986–2006

Pays et année de l'enquête	Nbre	Mariées	Non mariées/ sexuellement actives	Pays et année de l'enquête	Nbre	Mariées	Non mariées/ sexuellement actives
Arménie, 2000	1,160	8.5	0.0	Kazakhstan, 1999	791	8.0	5.0
Arménie, 2005	1,123	6.9	0.0	Kenya, 1989	1,497	18.5	6.4
Bangladesh, 1994	2,912	42.0	u	Kenya, 2003	1,856	17.9	3.6
Bangladesh, 2004	3,533	43.5	u	Madagascar, 1992	1,420	21.4	15.6
Bénin, 1996	1,075	28.6	9.0	Madagascar, 2004	1,528	27.2	9.7
Bénin, 2006	3,067	21.7	8.9	Malawi, 1992	1,082	35.8	u
Bolivie, 1989	1,682	12.5	1.1	Malawi, 2004	2,392	32.9	3.6
Bolivie, 2003	3,874	11.0	3.3	Mali, 1987	523	71.5	0.9
Brésil, 1986	1,305	13.2	3.1	Mali, 2001	2,565	45.9	6.5
Brésil, 1996	2,464	13.8	8.8	Maroc, 1987	2,406	11.5	u
Burkina, 1993	1,373	44.2	4.3	Maroc, 2003	3,295	10.5	u
Burkina, 2003	2,776	31.6	5.6	Mozambique, 1997	1,836	45.0	11.0
Cambodge, 2000	3,618	12.1	0.1	Mozambique, 2003	2,454	38.2	16.4
Cambodge, 2004	3,602	10.1	0.1	Namibie, 1992	1,259	6.9	16.4
Cameroun, 1991	919	41.1	11.3	Namibie, 2000	1,499	5.0	11.8
Cameroun, 2004	2,685	30.9	7.0	Népal, 1996	2,229	43.3	u
Tchad, 1997	1,716	46.7	3.7	Népal, 2006	2,437	32.2	0.1
Tchad, 2004	1,361	42.0	2.1	Nicaragua, 1998	3,307	25.6	1.2
Colombie, 1986	1,208	12.3	2.3	Nicaragua, 2001	3,141	22.3	2.4
Colombie, 2005	7,589	12.3	10.9	Niger, 1992	1,379	56.5	0.6
Côte D'Ivoire, 1994	1,961	26.4	19.4	Niger, 2006	1,718	59.0	0.2
Côte D'Ivoire, 1998	775	23.9	18.3	Nigéria, 1990	1,612	37.0	10.2
Rép. dom., 1986	1,960	16.7	0.0	Nigéria, 2003	1,716	31.7	6.8
Rép. dom., 2002	4,550	22.4	4.1	Pérou, 1986	1,097	11.7	0.0
Égypte, 1992	3,037	13.7	u	Pérou, 2004	2,283	10.0	4.3
Égypte, 2005	6,446	12.3	u	Philippines, 1993	3,158	7.4	0.1
Érythrée, 1995	1,129	32.5	0.0	Philippines, 2003	2,648	9.0	0.2
Érythrée, 2002	2,001	29.0	0.4	Rwanda, 1992	1,464	8.4	0.9
Éthiopie, 2000	3,710	23.2	1.1	Rwanda, 2005	2,585	2.5	0.8
Éthiopie, 2005	3,266	21.8	0.4	Sénégal, 1986	975	41.9	0.0
Ghana, 1988	849	20.5	10.2	Sénégal, 2005	3,556	28.5	u
Ghana, 2003	1,148	12.0	8.0	Tanzanie, 1992	2,183	25.6	11.8
Guatemala, 1987	1,182	23.6	0.4	Tanzanie, 2004	2,245	26.3	7.4
Guatemala, 1999	1,332	23.8	0.2	Togo, 1988	724	26.5	14.5
Guinée, 1999	1,321	43.9	6.4	Togo, 1998	1,787	19.1	16.5
Guinée, 2005	1,648	35.6	9.0	Turquie, 1993	2,460	13.4	u
Haïti 1994	1,290	14.9	5.4	Turquie, 2003	2,003	11.9	u
Haïti 2005	2,701	16.6	5.6	Ouganda, 1988	1,157	36.5	7.5
Inde, 1993	23,147	38.4	u	Ouganda, 2006	1,936	19.6	4.1
Inde, 2006	24,811	27.1	0.1	Vietnam, 1997	1,661	7.7	u
Indonésie, 1987	3,638	16.5	u	Vietnam, 2002	1,630	4.1	u
Indonésie, 2002	6,531	14.0	u	Zambie, 1992	1,984	26.5	12.1
Jordanie, 1990	3,394	10.4	u	Zambie, 2002	1,812	24.2	7.1
Jordanie, 2002	2,563	6.0	u	Zimbabwe, 1988	1,021	17.6	4.5
Kazakhstan, 1995	669	12.0	4.1	Zimbabwe, 2005	2,152	20.8	1.6

N.B.: u=non disponible.

disponibilité ou autres; et les femmes ayant répondu ne pas savoir pourquoi elles avaient abandonné leur méthode. La catégorie d'abandon (sans besoin) comprend les femmes ayant abandonné leur méthode car elles désiraient une grossesse ou pour cause de rapports sexuels peu fréquents, de ménopause ou de stérilité, ou encore de dissolution du mariage. Les femmes s'étant déclarées stérilisées ont été exclues des calculs.

RÉSULTATS

Exposition au risque de grossesse

La proportion de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans ayant déclaré être mariées lors de l'enquête la plus récente varie largement d'un pays à l'autre – de plus de 40% au Bangla-

desh, au Tchad, au Mali et au Niger à moins de 10% en Arménie, en Jordanie, au Kazakhstan, en Namibie, aux Philippines, au Rwanda et au Vietnam (tableau 1). Dans la plupart des pays d'Afrique et d'Asie, la proportion d'adolescentes mariées diminue dans le temps, indépendamment de la prévalence du mariage d'adolescentes (voir l'annexe Web, graphique 1, sur <http://www.guttmacher.org/pubs/ipsrh/appendix/3506309.pdf>).* Un déclin particulièrement important et constant d'au moins 10 points de pourcentage est observé sur une période d'environ 10 ans au Burkina Faso, au Cameroun, en Inde, au Mali, au Népal, au Sénégal et en Ouganda. Certaines données semblent indiquer un lien entre, d'une part, la tendance à la hausse de l'âge au moment du mariage et, d'autre part, l'urbanisation et l'instruction accrue des jeunes femmes, ces facteurs étant également liés à la pratique contraceptive.^{2,4}

La proportion de femmes de 15 à 19 ans s'étant déclara-

*Pour une documentation et discussion complètes de cette tendance, voir la référence n° 1, chapitre 7.

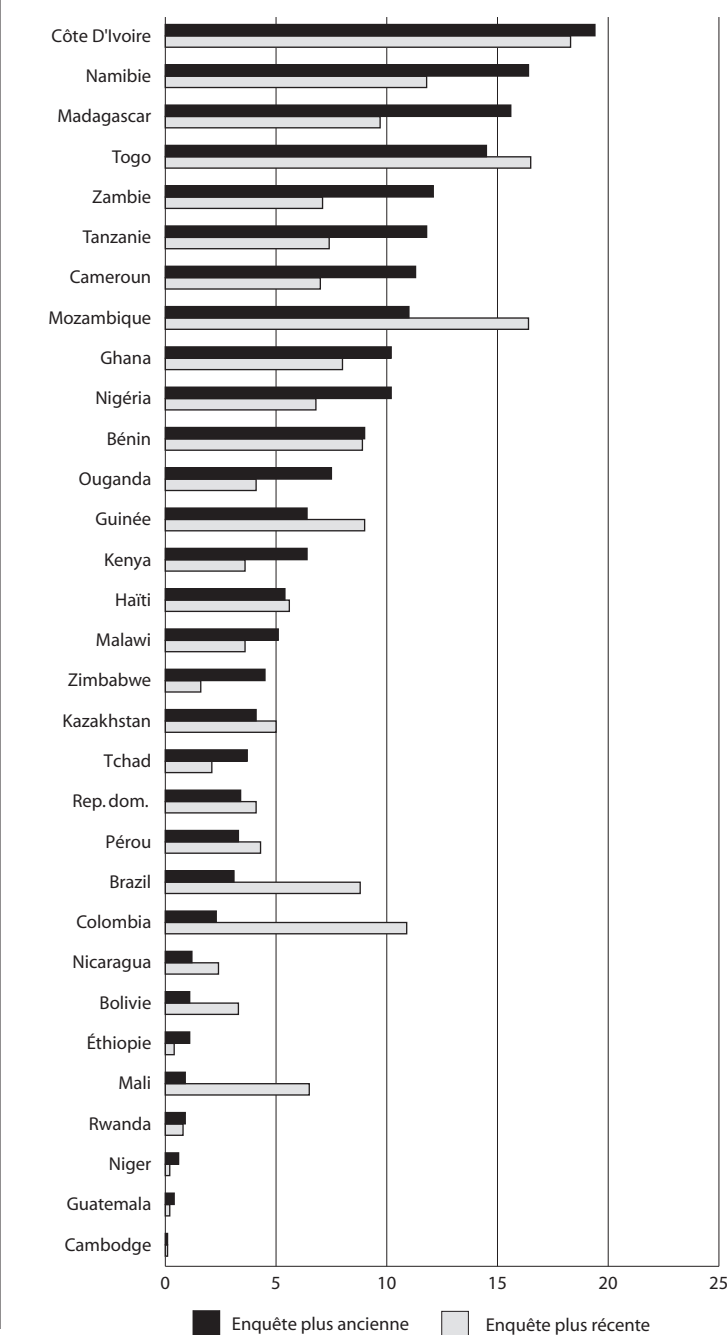
rées non mariées et sexuellement actives varie largement d'un pays à l'autre. À l'extrémité supérieure de l'échelle, 10% à 18% des adolescentes non mariées de Colombie, de Côte d'Ivoire, du Mozambique, de Namibie et du Togo ont déclaré être sexuellement actives au moment de l'enquête la plus récente. Dans la plupart des pays, la proportion des femmes de 15 à 19 ans déclarant être mariées excède celle de leurs homologues non mariées mais sexuellement actives, à l'exception notable de la Namibie. De manière générale, la vaste majorité des adolescentes courant le risque d'une grossesse sont mariées.

Parmi les quelque 30 pays disposant de données de deux enquêtes, aucune tendance cohérente ne se dessine clairement dans le temps (graphique 1). Certains pays présentent, entre l'enquête la plus ancienne et celle la plus récente, une hausse importante (supérieure à cinq points de pourcentage) de la proportion de jeunes femmes sexuellement actives (Brésil, Colombie et Mali), alors que d'autres présentent une baisse sensible (supérieure à deux points de pourcentage) (Kenya, Tanzanie, Ouganda et Zambie). Il est difficile de généraliser les tendances, compte tenu surtout des questions de qualité et de constance des données relatives à l'activité sexuelle, mais la direction observée en Afrique subsaharienne est principalement à la baisse.¹¹

Adoption de la contraception

Parmi les 25 pays disposant de données appropriées au niveau de l'enquête la plus récente, sur l'ensemble des jeunes femmes, environ 25% en moyenne ont pratiqué une forme ou l'autre de contraception avant l'âge de 19 ans—dans une proportion atteignant jusqu'à 51–61% au Bangladesh, au Brésil et en Colombie (non indiqué). Parmi les 16 pays dotés de données d'antécédents contraceptifs obtenues lors d'au moins deux enquêtes, 12 présentent une hausse annuelle de 2% à 17%, pendant la période écoulée entre les deux enquêtes, de la proportion d'adolescentes pratiquant la contraception avant l'âge de 19 ans. Les résultats de quatre pays de régions différentes (Bangladesh, Colombie, Égypte et Zimbabwe) sont présentés à la graphique 2 de l'annexe Web (<http://www.guttmacher.org/pubs/ipsrh/appendix/3506309.pdf>). La proportion de femmes ayant jamais eu recours à une méthode avant l'âge de 19 ans est passée de 23% à 60% en Colombie entre 1990 et 2005, et de 39% à 61% au Bangladesh entre 1994 et 2004. Les deux pays présentent des caractéristiques similaires d'adoption de la contraception en dépit de niveaux distincts d'exposition à la grossesse: près de 44% des adolescentes du Bangladesh sont mariées,* alors que 23% seulement de leurs homologues colombiennes sont mariées ou non mariées mais sexuellement actives. En 2005, 10% seulement des Égyptiennes de 19 ans avaient eu recours à la contraception, soit une proportion supérieure de trois points de pourcentage seulement à celle enregistrée en 1992. Au Zimbabwe, environ un tiers des jeunes femmes ont pratiqué la contraception avant l'âge de 19 ans, sans véritable changement de proportion entre 1994 et 2005.

GRAPHIQUE 1. Tendances en pourcentage des femmes non mariées sexuellement actives de 15 à 19 ans dans les pays soumis à deux passages d'Enquête démographique et de santé, par enquête la plus ancienne et la plus récente, 1986–2006



Niveaux et tendances de la pratique courante de la contraception

Lors de l'enquête la plus récente, 42% à 68% des adolescentes mariées et non mariées mais sexuellement actives de tous les pays d'Amérique latine (sauf Guatemala et Haïti) et du Bangladesh, d'Indonésie, du Kazakhstan et de Turquie ont déclaré pratiquer la contraception au moment de l'enquête (tableau 2). Parmi les pays d'Afrique, neuf présentent une prévalence contraceptive de 20% à 35% mais

*Les données relatives à la proportion des Bangladaïses non mariées mais sexuellement actives ne sont pas disponibles.

TABLEAU 2. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 19 ans pratiquant la contraception au moment de l'entretien, en fonction de leur état matrimonial et sexuel, par pays et année d'enquête

Pays et année d'enquête	Mariées	Non mariées/ sexuellement actives	Mariées et non mariées/ sexuellement actives	Pays et année d'enquête	Mariées	Non mariées/ sexuellement actives	Mariées et non mariées/ sexuellement actives
Arménie,,2000	25.5	u	25.5*	Kazakhstan, 1999	38.3	60.3	46.8
Arménie,,2005	16.5	u	16.5*	Kenya, 1989	13.0	12.0	12.8
Bangladesh, 1994	24.7	u	24.7*	Kenya, 2003	16.4	49.4	22.0
Bangladesh, 2004	42.2	u	42.2*	Madagascar, 1992	6.4	16.8	10.8
Bénin, 1996	9.4	47.2	18.4	Madagascar, 2004	12.7	30.8	17.5
Bénin, 2006	7.9	53.9	21.2	Malawi, 1992	7.3	u	7.3*
Bolivie 1989	16.0	u	15.1*	Malawi, 2004	18.9	25.3	19.6
Bolivie, 2003	45.6	49.7	46.5	Mali, 1987	8.6	u	8.6*
Brésil,, 1986	47.8	32.6	44.9	Mali, 2001	4.9	23.8	7.3
Brésil,, 1996	54.1	66.0	58.7	Maroc, 1987	17.0	u	17.0*
Burkina, 1993	13.9	31.0	15.4	Maroc, 2003	38.4	u	38.4*
Burkina, 2003	6.8	50.4	13.3	Mozambique, 1997	0.6	7.0	1.9
Cambodge, 2000	8.9	u	9.3*	Mozambique, 2003	20.0	43.0	26.9
Cambodge, 2004	20.8	u	20.6*	Namibie, 1992	20.5	29.0	26.5
Cameroun, 1991	18.4	64.6	28.3	Namibie, 2000	45.2	50.9	49.2
Cameroun, 2004	23.6	73.9	33.0	Népal, 1996	6.5	u	6.5*
Tchad, 1997	3.1	14.2	3.9	Népal, 2006	16.0	u	16.1*
Tchad, 2004	2.2	4.8	2.3	Nicaragua, 1998	39.8	22.3	39.0
Colombie, 1986	28.9	44.9	31.5	Nicaragua, 2001	55.2	53.4	55.1
Colombie, 2005	57.2	79.5	67.6	Niger, 1992	2.2	20.6	2.4
Côte D'Ivoire, 1994	8.7	47.0	24.9	Niger, 2006	4.3	u	4.3*
Côte D'Ivoire, 1998	10.7	54.1	29.5	Nigéria, 1990	1.3	40.4	9.8
Rép.dom., 1986	24.6	u	24.6*	Nigéria, 2003	4.3	45.0	11.5
Rép.dom., 2002	41.5	41.4	41.5	Pérou, 1986	22.7	u	22.7*
Égypte, 1992	13.3	u	13.3*	Pérou, 2004	56.7	85.5	65.3
Égypte, 2005	26.3	u	26.3*	Philippines, 1993	17.2	u	17.1*
Érythrée, 1995	3.3	u	3.4*	Philippines, 2003	25.6	u	25.5*
Érythrée, 2002	2.4	u	3.1*	Rwanda, 1992	10.8	u	14.7*
Éthiopie, 2000	3.9	45.7	5.9	Rwanda, 2005	3.2	u	3.6*
Éthiopie, 2005	8.9	u	9.7*	Sénégal, 1986	9.5	u	9.5*
Ghana, 1988	4.6	26.4	11.9	Sénégal, 2005	5.0	u	5.1*
Ghana, 2003	8.4	46.2	23.5	Tanzanie, 1992	5.2	10.4	6.9
Guatemala, 1987	5.4	u	5.6*	Tanzanie, 2004	9.6	31.8	14.4
Guatemala, 1999	14.6	u	14.8*	Togo, 1988	16.7	51.4	29.0
Guinée, 1999	3.4	42.4	8.4	Togo, 1998	15.0	56.2	34.2
Guinée, 2005	8.8	42.6	15.6	Turquie, 1993	24.1	u	24.1*
Haïti,, 1994	10.7	23.2	14.1	Turquie, 2003	44.3	u	44.3*
Haïti,, 2005	28.5	33.6	29.8	Ouganda, 1988	1.7	5.8	2.4
Inde, 1993	7.1	u	7.1*	Ouganda, 2006	11.4	37.2	15.9
Inde, 2006	13.0	u	13.1*	Vietnam, 1997	18.1	u	18.1*
Indonésie, 1987	25.5	u	25.5*	Vietnam, 2002	22.8	u	22.8*
Indonésie 2002	47.3	u	47.3*	Zambie, 1992	8.7	5.5	7.7
Jordanie, 1990	12.3	u	12.3*	Zambie, 2002	25.5	22.6	24.9
Jordanie, 2002	21.3	u	21.3*	Zimbabwe, 1988	30.0	34.8	31.0
Kazakhstan, 1995	31.5	56.1	37.7	Zimbabwe, 2005	36.7	36.8	36.7

*N'inclut que les femmes mariées. N.B.: u=non disponible.

un seul (la Namibie) atteint au moins 40%.* Les niveaux de pratique contraceptive les plus faibles sont relevés dans cinq pays du Sahel africain: le Tchad, l'Érythrée, le Mali, le Niger et le Sénégal. Au Nigéria, pays le plus peuplé du Sahel (et de l'Afrique dans son ensemble), seuls 12% d'adolescentes pratiquent la contraception, mais on observe d'importantes variations régionales (non indiqué).

Au total, la pratique courante de la contraception est supérieure parmi les adolescentes sexuellement actives non mariées, par rapport à celles mariées (60% vs 38% au Kazakhstan, par exemple, et 45% vs 4% au Nigeria). Cette tendance reflète vraisemblablement le désir plus intense des jeunes célibataires d'éviter une grossesse. La différen-

ce de prévalence entre les deux groupes est grande dans certains pays, d'Afrique occidentale surtout, où il n'est pas rare de voir un niveau de pratique quatre fois le niveau parmi les adolescentes non mariées (au Bénin par exemple, où il est de 54% par rapport à 8% chez les adolescentes mariées). L'écart semble le plus grand dans les pays où les femmes mariées présentent de faibles niveaux de pratique contraceptive.

Parallèlement aux vastes différences de pratique contraceptive d'un pays à l'autre, on observe une variation considérable au niveau de la méthode contraceptive prédominante parmi les jeunes femmes de 15 à 19 ans (non indiqué). Dans 28 pays, la méthode la plus pratiquée, d'après la dernière enquête réalisée, est la pilule ou l'injectable (14 pays pour chaque méthode); dans 12, il s'agit des méthodes traditionnelles, y compris l'abstinence

*Bien qu'ils ne figurent pas au tableau 2 (car ils ne disposent que d'une enquête chacun), quatre pays d'Afrique ont atteint une prévalence d'au moins 40%: le Congo, le Gabon, la Namibie et l'Afrique du Sud.

périodique; dans huit, le préservatif est en tête et dans 10, le stérilet et le retrait se partagent la première place (cinq pays chacun). De manière générale, la tendance entre les enquêtes révèle une évolution des méthodes traditionnelles vers les méthodes modernes plus efficaces. Aux Philippines pourtant, la méthode principale est passée de la pilule au retrait. La tendance à l'adoption de méthodes plus efficaces parmi les jeunes femmes, en union surtout, laisse entendre un effort concerté de prévention de la grossesse à travers le recours à ces méthodes plus fiables. La pratique de méthodes moins efficaces, telles que l'abstinence périodique, le préservatif et le retrait, demeure cependant courante.

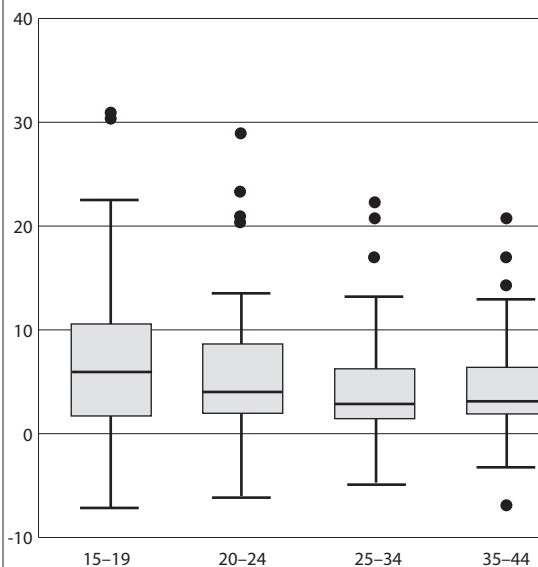
Pour les 34 pays disposant de données relatives aux femmes sexuellement actives mariées comme non mariées dans les résultats d'au moins deux enquêtes, nous avons calculé le taux national annuel d'évolution de la prévalence contraceptive entre l'enquête la plus ancienne et celle la plus récente; l'intervalle moyen entre les enquêtes est de 11 ans, sur une étendue de 3 à 19 ans. Dix pays présentent une augmentation annuelle de plus de 10%; 14, une hausse de 5% à 10% et le reste, une progression moindre ou nulle; les seules exceptions sont le Tchad et le Rwanda, où la pratique contraceptive s'est révélée en baisse (voir la graphique 3 de l'annexe Web sur <http://www.guttmacher.org/pubs/ipsrh/appendix/3506309.pdf>).^{*} La croissance est rapide par rapport à celle, plus lente, observée durant les années 1970 et au début des années 1980.¹⁸

Étant donné les tendances frappantes de la pratique contraceptive parmi les adolescentes, nous avons comparé les taux de changement annuels par rapport à ceux d'autres tranches d'âges. Pour chaque groupe considéré, la prévalence contraceptive présente une tendance moyenne à la hausse (la valeur médiane du pays est supérieure à zéro – graphique 2). Le taux médian de changement est cependant le plus élevé pour la tranche des 15 à 19 ans (environ 5% par an), suivi de la tranche des 20 à 24 ans (environ 3% par an). La variation générale, pour tous les pays, est supérieure aussi pour la tranche des 15 à 19 ans. Si la prévalence contraceptive observée parmi les adolescentes est généralement largement moindre par rapport à celle des femmes plus âgées, la pratique des méthodes de planification familiale s'est étendue plus rapidement, ces 20 dernières années, parmi les femmes les plus jeunes.

Abandon

Dans presque tous les pays, une plus grande proportion d'adolescentes de 15 à 19 ans que de femmes de 20 à 49 ont déclaré avoir vécu un échec contraceptif durant la première année d'usage d'une méthode (tableau 3, page 26). En moyenne, les taux d'échec des adolescentes sont d'environ 25% supérieurs à ceux de leurs aînées. Plusieurs facteurs expliquent probablement cette différence, notamment le fait que les adolescentes tendent à pratiquer des méthodes moins efficaces (en particulier dans les pays où une proportion considérable des femmes plus âgées sont stérilisées), qu'elles pratiquent leurs méthodes de manière moins efficace et qu'elles sont plus fécondes.^{17,24} Quelques pays

GRAPHIQUE 2. Taux annuel de changement de la prévalence contraceptive pour toutes les femmes sexuellement actives en âge de procréer, par tranche d'âges, dans 45 pays, 1986–2006



N.B.: Exclut le Mozambique comme observation aberrante. Les boîtes contiennent les 50% centraux des valeurs des données. La valeur médiane est la ligne tracée dans la boîte. Les bords inférieur et supérieur représentent les valeurs de quartile (25 et 75). Les extrémités des lignes verticales identifient les valeurs minimum et maximum. Les points situés au-delà sont les valeurs aberrantes.

présentent des taux d'échec notablement élevés parmi les jeunes femmes: la Bolivie (19%), notamment, où l'abstinence périodique est la méthode la plus pratiquée par les adolescentes, et la Jordanie, les Philippines et la Turquie (10% à 14%), où le retrait est la méthode la plus fréquente.

La proportion d'adolescentes ayant déclaré avoir abandonné leur méthode alors qu'elles avaient toujours besoin de contraception varie entre 4% au Maroc et 28% au Guatemala. Dans tous les pays sauf un (l'Éthiopie), une plus grande proportion d'adolescentes que de femmes plus âgées abandonnent leur méthode malgré leur besoin continu. Sans révéler clairement les raisons de cette différence, les données des EDS laissent entendre que les femmes plus jeunes se trouvent confrontées à un plus grand nombre d'obstacles à la pratique constante de la contraception et peut-être aussi qu'elles sont plus susceptibles d'abandonner une méthode et d'en essayer une autre en cas d'effets secondaires. L'abandon d'une méthode contraceptive pourtant nécessaire fait courir aux femmes le risque de grossesses non désirées. Aussi peut-on espérer, idéalement, un amoindrissement de la tendance dans le temps, bien que les données ne semblent guère répondre à cette attente dans la plupart des pays (non indiqué).

^{*}En dépit de hausses globales de la prévalence parmi les adolescentes, la disponibilité de plus de deux enquêtes, dans certains pays, révèle parfois une stagnation ou même un renversement récent des tendances à la hausse (au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda, notamment).

TABEAU 3. Pourcentage des utilisatrices de la contraception ayant abandonné une méthode dans les 12 mois suivant son adoption, en fonction de l'âge et de la raison d'abandon, par pays et année d'enquête

Pays et année d'enquête	15-19							20-49						
	Total			Abandon			Mois d'exposition	Total			Abandon			Mois d'exposition
	Échec de méthode	Changement		Total	Avec besoin*	Sans besoin†		Échec de méthode	Changement		Total	Avec besoin*	Sans besoin†	
Bangladesh, 2004	60.0	6.4	25.5	28.0	8.1	19.9	3,188	44.2	3.6	23.9	16.8	6.0	10.8	7,114
Bolivie, 1994	59.7	19.1	17.7	22.9	8.2	14.7	527	38.6	11.1	14.3	13.1	7.4	5.8	3,972
Brésil, 1996	52.3	7.2	16.8	28.3	16.5	11.8	1,764	41.0	5.5	20.9	14.5	8.9	5.7	6,486
Colombie, 2005	54.6	9.4	20.2	24.9	9.0	16.0	7,710	37.9	6.4	17.8	13.7	5.9	7.7	22,704
Rép.dom., 2002	63.5	7.9	15.6	39.9	24.9	15.0	3,669	42.1	5.5	12.9	23.7	14.0	9.7	11,210
Égypte, 2005	43.2	4.1	15.6	23.3	12.7	10.6	1,128	31.5	3.1	12.9	15.5	7.5	8.0	14,269
Éthiopie, 2005	54.7	2.4	15.2	32.9	11.3	21.6	407	38.2	1.0	11.3	23.9	13.5	10.4	2,027
Guatemala, 1999	62.7	7.7	11.3	43.7	28.3	15.4	297	39.0	5.6	15.4	18.0	10.9	7.1	1,856
Inde, 2006	44.5	5.1	7.8	29.6	8.5	21.2	5,058	24.2	2.9	5.5	14.7	5.3	9.4	30,048
Indonésie, 2002	29.2	2.9	8.2	18.0	5.5	12.5	1,935	19.5	1.9	9.1	8.4	3.9	4.5	14,477
Jordanie, 2002	61.7	13.6	15.0	33.1	13.4	19.7	252	41.2	10.3	14.9	15.9	6.3	9.7	6,019
Kenya, 2003	53.2	8.4	8.5	36.4	22.6	13.8	608	34.4	4.9	7.6	21.9	14.1	7.8	3,081
Malawi, 2004	49.3	4.3	4.6	40.3	19.9	20.5	945	32.8	3.1	3.5	26.2	16.5	9.7	4,347
Moldovie, 2005	45.5	5.9	22.3	17.2	5.8	11.4	752	36.3	6.8	17.0	12.5	5.4	7.1	3,800
Maroc, 2003	50.7	6.6	13.2	30.8	4.0	26.9	872	42.5	5.2	16.8	20.5	3.6	16.8	9,286
Pérou, 2004	59.9	9.6	27.6	22.8	11.4	11.4	1,433	47.7	5.8	26.8	15.1	6.7	8.4	8,296
Philippines, 2003	54.9	13.1	15.6	26.3	15.6	10.7	407	38.0	7.4	13.1	17.4	10.7	6.7	5,378
Tanzanie, 2004	50.1	2.9	13.0	34.2	16.9	17.3	768	35.3	4.1	8.6	22.5	13.0	9.5	3,904
Turquie, 2003	56.3	9.8	22.6	23.9	5.8	18.1	762	37.8	8.5	19.0	10.4	3.2	7.1	6,394
Vietnam, 2002	45.3	9.3	17.7	18.3	6.1	12.2	147	23.9	7.5	9.9	6.5	1.9	4.7	3,404
Zimbabwe, 2005	28.4	3.1	4.1	21.2	7.9	13.4	1,024	18.4	1.9	4.6	11.9	5.4	6.6	4,272

*Inclut les femmes ayant déclaré avoir abandonné leur méthode parce que leur mari y était opposé, qu'elles désiraient une méthode plus efficace ou que la méthode leur paraissait peu pratique, celles ayant abandonné leur méthode pour cause d'effets secondaires, d'inquiétudes de santé, de problèmes d'accès ou de disponibilité ou d'autres raisons, et celles ayant répondu ne pas savoir pourquoi. †Inclut les femmes ayant interrompu leur méthode parce qu'elles désiraient une grossesse ou pour cause de rapports sexuels peu fréquents, de ménopause ou stérilité, ou de dissolution du mariage.

Dans tous les pays disposant de données, les adolescentes abandonnent leur méthode en l'espace d'un an, pour quelque raison que ce soit, en plus grandes proportions que leurs aînées. Ainsi, par rapport à la pratique contraceptive des adultes, celle des adolescentes se caractérise par des périodes plus brèves d'usage constant, par un niveau d'échec contraceptif plus élevé et par un taux d'abandon plus élevé pour d'autres raisons. La tendance n'est pas surprenante quand on sait que les adolescentes non mariées déclarent souvent la faible fréquence de leurs rapports sexuels comme raison de non pratique contraceptive,¹⁹ tandis que beaucoup de celles mariées interrompent leur pratique dans le but d'une grossesse.

DISCUSSION

Dans beaucoup des pays inclus dans cette étude, des proportions considérables de femmes de 15 à 19 ans sont mariées ou non mariées mais sexuellement actives. La prévalence du mariage dans ce groupe d'âge est en baisse dans la majorité des pays considérés. Ce déclin s'accompagne dans plusieurs pays d'une hausse de la prévalence de l'activité sexuelle en dehors du mariage. Les caractéristiques du changement sont cependant fort variables, laissant entendre la nécessité d'analyses, au niveau des pays, de l'exposition au risque de grossesse en fonction de l'âge.

Selon nos observations, la pratique courante de la contraception est souvent supérieure parmi les femmes non mariées mais sexuellement actives, par rapport à leurs homologues mariées, en Afrique subsaharienne surtout. Il

semblerait donc que les jeunes femmes qui entament leur vie sexuelle active ont appris à pratiquer la contraception pour éviter les grossesses non planifiées. Dans le même temps, la plupart des adolescentes sexuellement actives dans les pays à l'étude sont aussi mariées. La pratique contraceptive est en hausse, dans ce groupe, dans la plupart des pays. Elle a d'ailleurs augmenté plus rapidement parmi les adolescentes que parmi les femmes plus âgées. Chez les adolescentes, la pratique contraceptive semble liée à un haut niveau d'expérimentation et d'inconstance. On observe de plus hauts degrés d'échec et d'abandon de méthode sous besoin de contraception continu parmi les adolescentes que parmi leurs aînées. Cette tendance a aussi été observée dans les études relatives aux adolescentes américaines,^{20,21} de même que dans les analyses multivariées de données d'EDS antérieures.²²⁻²⁴ Un examen plus détaillé de l'adoption et de l'abandon de méthodes spécifiques, des raisons de leur abandon et de l'interaction entre les tendances contraceptives et l'état matrimonial ou de liaison, pourrait produire une vision plus approfondie de la dynamique contraceptive des adolescentes.

Le glissement dans le temps vers le désir de familles moins nombreuses et le recours plus précoce des adolescentes à la contraception laisse présumer peut-être pour l'avenir une expérience totale et une pratique grandissantes de la contraception chez les femmes en âge de procréer. Étant donné la tendance claire des jeunes à l'expérimentation de la contraception, il est probable que leur pratique totale ne soit pas sans échecs et grossesses

accidentelles. La demande accrue de produits contraceptifs, de services et d'information mettra vraisemblablement au défi l'état de préparation, la capacité et les ressources des programmes et prestataires de planification familiale existants. Cette tendance à l'expansion de la demande sera vraisemblablement profonde, en ce qui concerne le nombre grandissant d'utilisatrices aussi bien que les programmes du secteur public responsables de l'apport de services de planification familiale.

Beaucoup d'obstacles s'opposent à l'accès des jeunes aux services de planification familiale, qu'il s'agisse de la peur, de la honte, du coût ou de l'ignorance. Le déploiement d'efforts spéciaux s'impose donc pour répondre efficacement aux besoins des adolescentes.²⁵ La qualité des services qui leur sont proposés affecte sans doute largement tant l'adoption d'une méthode que sa continuation par les jeunes femmes. Les taux élevés d'échec contraceptif et d'abandon de méthode qui les caractérisent alors qu'elles courent toujours le risque d'une grossesse non désirée témoignent de l'insuffisance probable des modèles de service existants. Par exemple, certains programmes de planification familiale restreignent toujours l'accès des femmes non mariées à la contraception, tandis que d'autres mettent l'accent sur les méthodes permanentes telles que la stérilisation plutôt que sur celles plus utiles aux femmes désireuses de différer leurs grossesses.

La mesure dans laquelle les programmes de santé nationaux publics et privés pourront répondre au besoin grandissant de services obstétricaux et contraceptifs efficaces et de qualité durant les décennies à venir influencera significativement la qualité de la transition vers la santé génésique des jeunes couples qui se préparent à fonder leur famille. Par bonheur, la documentation factuelle relative aux qualités de programmes de santé génésique efficaces pour les jeunes s'est développée ces 10 dernières années. Et si les évaluations rigoureuses des programmes destinés aux jeunes restent insuffisantes, on dispose aujourd'hui d'une certaine orientation factuelle utile à la conception des programmes et des politiques.^{26,27} Les programmes de dynamique de la vie organisés dans les communautés et ceux ciblés sur les couples se sont avérés prometteurs en ce qui concerne l'amélioration des issues génésiques des jeunes, de même d'ailleurs que les programmes de transfert conditionnel d'espèces (comme ceux d'incitation des jeunes à rester à l'école, notamment).²

Les observations de cette étude révèlent un besoin d'investissement dans une recherche apte à éclaircir les caractéristiques et les facteurs d'influence des transitions de santé sexuelle et génésique des cohortes de jeunes dans les pays en développement. Des facteurs personnels, sociaux et institutionnels régissent le début, le moment et l'évolution des pratiques contraceptives des jeunes et affectent les comportements génésiques ultérieurs. L'étude de la dynamique changeante de la pratique contraceptive, par rapport aux événements génésiques surtout, dans la perspective des deux sexes, exige un investissement dans des systèmes de données longitudinaux aptes à produire

des explications fiables au-delà des limites d'une étude de macro-envergure telle que celle-ci. La modélisation du changement au niveau individuel sera utile à la résolution de la problématique de l'adoption et de la continuation contraceptive soulevée par cette étude, de même qu'à l'identification des facteurs contextuels qui entrent en jeu.

RÉFÉRENCES

1. Lloyd C, ed., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.
2. Banque mondiale, *Development and the Next Generation*, World Development Report, Washington, DC: Banque internationale pour la reconstruction et le développement, 2007.
3. Levine R et al., *Girls Count*, Washington, DC: Center for Global Development, 2008.
4. Bongaarts J and Cohen B, Introduction and overview, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(2):99-105.
5. Cleland J, Ali M and Shah I, Trends in protective behavior among single versus married young women in Sub-Saharan Africa: the big picture, *Reproductive Health Matters*, 2006, 14(28):17-22.
6. Pachauri S and Santhya K, Reproductive choices for Asian adolescents: a focus on contraceptive behavior, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(4):186-195.
7. Godeau E et al., Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2008, 162(1):66-73.
8. Cleland J and Ali M, Sexual abstinence, contraception and condom use by young African women: a secondary analysis of survey data, *Lancet*, 2006, 368(18):1788-1793.
9. Ali M and Cleland J, Sexual and reproductive behavior among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(6):1175-1185.
10. Blanc A and Way A, Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(2):106-116.
11. Mensch B, Grant M and Blanc A, The changing context of sexual initiation in Sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, 2006, 32(4):699-727.
12. Ali M and Cleland J, Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries, *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 104(2):314-320.
13. MacPhail C et al., Contraceptive use and pregnancy among 15-24 year old South African women: a nationally representative cross-sectional survey, *BioMed Central Medicine*, 2007, Vol. 5, <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2190760>>, site consulté le 11 juin 2009.
14. Gomes K et al., Contraceptive method use by adolescents in a Brazilian state capital, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2008, 1(4):213-219.
15. Sheeder J, Tocce K and Stevens-Simon C, Reasons for ineffective contraceptive use antedating adolescent pregnancies, part 1: an indicator of gaps in family planning services, *Maternal and Child Health*, 2009, 13(3):295-305.
16. Ross J and Winfrey W, Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union: an updated estimate, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(3):138-143.
17. Blanc A, Curtis S and Croft T, Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(20):127-140.
18. Calculs spéciaux des données de Ross J, Mauldin WP and Miller V, *Family Planning and Population: A Compendium of International Statistics*, New York: Population Council, 1993, Tableau 9.
19. Sedgh G et al., Women with an unmet need for contraception in

developing countries and their reasons for not using a method, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.

20. Woods J et al., Patterns of oral contraceptive pill-taking and condom use among adolescent contraceptive pill users, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 39(3):381–387.

21. Gleit DA, Measuring contraceptive use patterns among teenage and adult women, *Family Planning Perspectives*, 1999, 31(2):73–80.

22. Ali M and Cleland J, Determinants of contraceptive discontinuation in six developing countries, *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31(3):343–360.

23. Leite IC and Gupta N, Assessing regional differences in contraceptive discontinuation, failure and switching in Brazil, *Reproductive Health*, 2007, Vol. 4, <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1976606>>, site consulté le 11 juin 2009.

24. Curtis S and Blanc A, Determinants of contraceptive failure, switching, and discontinuation: an analysis of DHS contraceptive histories, *DHS Analytical Reports*, Calverton, MD, USA: Macro International Inc., 1997, No. 6.

25. Biddlecom A et al., Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda, *African Journal of Reproductive Health*, 2007, 11(3):99–110.

26. Family Health International (FHI), *YouthNet End of Program Report*. Taking Action: Recommendations and Resources, Arlington, VA, USA: FHI, 2006.

27. International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region (IPPF/WHO), *Effective Strategies in Sexual and Reproductive Health Programs for Young People*, New York: IPPF/WHO, 2007.

Remerciements

Cette étude a bénéficié, en partie, du soutien du Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health, à la faculté Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Les auteurs apprécient l'assistance à la recherche de Marissa Pine Yeakey.

Coordonnées de l'auteur: ablanc@engenderhealth.org