

Harmonisation de la contraception avec les objectifs familiaux et de vie des adolescentes mariées au nord du Nigéria :

Le Cas de Matasa Matan Arewa

Janvier 2021



Introduction

Les programmes de santé au niveau mondial visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents (ASRH, Adolescent Sexual and Reproductive Health) ont permis de tirer d'importants enseignements au cours des trois dernières décennies.¹ Cependant, des questions subsistent quant à la meilleure façon de concevoir et de mettre en œuvre des programmes durables et modulables qui répondent de manière concrète aux priorités, aux besoins et aux expériences des adolescents et des jeunes. Les expériences et les besoins des adolescents ne sont pas identiques. Des facteurs tels que l'âge, le statut matrimonial, le sexe et l'environnement socio-culturel doivent tous être sérieusement pris en compte dans les politiques et les programmes axés sur les adolescents. Au moment où le domaine de la SSRA continue à faire des avancées dans la compréhension des voies et moyens de mettre en œuvre des programmes efficaces, il est important d'établir un partenariat direct avec les adolescents afin d'élaborer des programmes significatifs visant à améliorer leur santé et leur bien-être, contribuant ainsi à la réalisation d'objectifs de développement plus larges.

En 2016, Population Services International (PSI), avec les financements de la Fondation Bill et Melinda Gates et de la Fondation Children's Investment Fund (CIFF), a lancé Adolescents 360 (A360), un programme de 4 à 5 ans qui a travaillé directement avec les jeunes pour concevoir et mettre en œuvre des interventions qui augmentent la demande et l'utilisation volontaire de la contraception moderne chez les filles de 15 à 19 ans en Éthiopie, au Nigéria et en Tanzanie. Cet exposé technique présente le cas de Matasa Matan Arewa (MMA), une expression haoussa qui se traduit par « Adolescentes du Nord ». Sur la base d'un processus multidisciplinaire de conception centrée sur l'homme (HCD), le programme MMA est mis en œuvre par la Société pour la santé familiale du Nigéria (SFH, Society for Family Health Nigeria) dans deux États du nord du Nigéria : Kaduna et Nasarawa.

Le programme MMA mobilise des adolescentes mariées par l'intermédiaire de femmes mentores, ainsi que leurs maris par le biais d'agents hommes de communication interpersonnelle (IPCA). Les filles mariées qui souhaitent participer au programme MMA sont invitées à assister à une série de sessions de groupe encadrées, suivies d'une visite dans un centre de santé pour le conseil volontaire et la contraception.

L'intervention de A360 au nord du Nigéria permet aux programmes de SSRA similaires de tirer des enseignements dans la recherche d'un véritable partenariat avec les adolescents afin de concevoir et de mettre en œuvre des programmes communautaires durables et modulables qui concilient l'utilisation des contraceptifs avec leurs objectifs familiaux et de vie.

Contexte

L'adolescence dans le monde

L'OMS définit l'adolescence comme étant l'étape de la vie comprise entre 10 et 19 ans. Actuellement, on dénombre environ 1,2 milliard d'adolescents dans le monde, soit 16 % de la population mondiale.² L'adolescence est une période marquée par un développement physique et émotionnel rapide. La formation d'une nouvelle identité qui fait la jonction entre l'enfance et l'âge adulte constitue un élément essentiel de cette période. Les adolescents forgent et affinent leur identité par l'exploration, l'expérimentation, une responsabilité plus grande, la recherche d'indépendance et la quête de nouvelles expériences.³ Certaines de ces nouvelles expériences et expérimentations exposent les adolescents à des risques. Les décisions prises sur le plan social et émotionnel, ainsi que les comportements de santé durant cette période ont une incidence directe non seulement sur le présent, mais aussi des conséquences futures sur la santé et le développement.⁴

Les adolescents sont confrontés à un certain nombre d'obstacles sociaux, systémiques, économiques et politiques qui les empêchent d'accéder aux informations, aux services et au soutien essentiels. Parmi ces obstacles figure l'accès limité à des informations et à des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) fiables et appropriés.⁵ Les adolescents mariés sont confrontés à des défis particuliers en matière d'accès et d'utilisation des contraceptifs qui résultent souvent de normes sociales et religieuses en rapport avec la prise de décision et la fécondité. Ces défis peuvent avoir un impact considérable sur la santé et le bien-être.⁶⁻⁹ Dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM), un tiers des filles sont mariées ou vivent en union avant l'âge de 18 ans et, bon nombre de ces adolescentes mariées ont des cycles de grossesses rapides et répétées.¹⁰ Compte tenu du contexte historique des programmes conçus spécifiquement pour aider les jeunes couples mariés dans les PRFM à retarder leur première grossesse, il n'est pas surprenant que les adolescentes mariées sans enfants aient le taux de prévalence de la contraception moderne le plus faible de tous les groupes dans toutes les régions du monde. Ce taux varie de 29 % en Amérique latine et dans les Caraïbes à seulement 2,9 % en Afrique occidentale et centrale.¹¹



Parmi les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont la principale cause de décès. En outre, les enfants nés de mères adolescentes sont plus exposés à un faible poids à la naissance, à des complications néonatales, à un mauvais statut professionnel et à d'autres effets indésirables à long terme par rapport aux enfants nés de femmes âgées de 20 à 24 ans.¹² Même lorsque les filles accouchent en toute sécurité, les mères adolescentes et leurs enfants peuvent faire face à des conséquences sociales et économiques à long terme. Par exemple, les filles qui tombent enceintes avant l'âge de 18 ans sont plus susceptibles de subir des violences de la part de leur partenaire intime et les adolescentes enceintes non mariées peuvent être victimes de l'isolement social, de la stigmatisation et du rejet familial.^{13,14} La grossesse et la maternité des adolescentes entraînent souvent l'interruption de leur scolarité, ce qui compromet la réussite scolaire de ces filles et diminue leurs chances de trouver un emploi dans le futur.¹⁴

Des possibilités existent pour toucher les adolescents avec des messages et des services adaptés à leurs besoins tout au long de leur processus de développement. En plus de cela, d'autres acteurs et institutions influents, un secteur de la santé réactif peut être une importante source d'information pour les adolescents, à condition qu'ils aient la possibilité de discuter de leurs préoccupations avec des prestataires respectueux et compétents au niveau des établissements de santé ou dans d'autres cadres. Les données mondiales soulignent également l'importance des stratégies multisectorielle.^{15,16} En fait, la communauté de la santé publique adopte de plus en plus des approches plus holistiques et multisectorielles de la programmation de la SSRA qui dépassent le cadre de la santé.

Il est de plus en plus convenu que l'acquisition de compétences, les croyances positives, la motivation et la confiance en soi peuvent garantir un comportement sain et aider les jeunes à utiliser les connaissances et compétences acquises pour se protéger contre les conséquences préjudiciables, notamment les grossesses non désirées.¹⁷ Une approche positive de développement des jeunes (PYD) comporte des activités significatives et structurées avec des camarades et des adultes, des efforts ciblés pour encourager la croyance en l'avenir et la création d'opportunités pour les filles afin de leur permettre de développer de nouvelles compétences et faire preuve d'auto-efficacité. Ces composantes du développement positif des jeunes sont toutes adaptées à l'atteinte de résultats de santé favorables. Les adolescentes qui ont des aspirations éducatives, économiques et interpersonnelles positives sont plus susceptibles d'utiliser une contraception moderne et d'éviter les conséquences d'une grossesse précoce et non désirée.^{18,19}

Nigéria

Avec une population d'environ 205 millions d'habitants, le Nigéria est le pays le plus peuplé d'Afrique. La population du Nigéria est sur une trajectoire qui devrait la doubler dans moins de 30 ans, le faisant passer de la septième à la troisième place des pays les plus peuplés du monde d'ici

2050.²⁰ Le Nigéria est en grande partie agricole, mais son urbanisation est rapide. Le pays a une diversité ethnique et linguistique, et est divisé à parts presque égales entre les musulmans et les chrétiens. Trente et un pour cent des femmes actuellement mariées ont déclaré être dans une union polygame. La polygamie est plus fréquente dans les zones rurales que dans les zones urbaines (37 % contre 21 % respectivement) et plus courante dans le nord du Nigéria.²¹

Malgré les immenses réserves de pétrole du pays, la pauvreté est très répandue. En 2009, environ 54 % de la population nigériane vivait dans une pauvreté extrême. En 2019, la moitié de la population vivait encore dans l'extrême pauvreté, avec seulement une modeste amélioration des revenus. Au nord du Nigéria, l'extrême pauvreté généralisée résulte d'une dépendance excessive à l'agriculture, des marchés moins développés et d'une population moins éduquée (environ un tiers de la population nigériane ne bénéficie pas d'une éducation formelle). Ce chiffre est encore plus élevé dans les zones nord-est et nord-ouest du pays, où 55 à 57 % des femmes et 40 à 47 % des hommes ne bénéficient d'aucune éducation.²¹

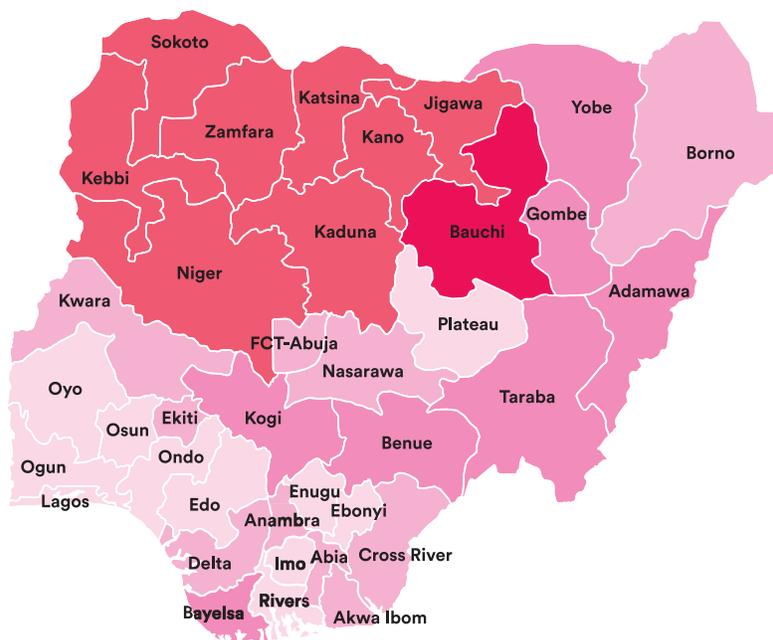
L'indice synthétique de fécondité (ISF) du Nigéria n'a que légèrement diminué au cours des 30 dernières années (de 6,0 en 1990 à 5,3 en 2018). Près d'un cinquième des femmes âgées de 15 à 19 ans sont actuellement enceintes ou ont déjà accouché. Le Nigéria a l'un des taux de mortalité maternelle (TMM) les plus élevés au monde, avec 512 pour 100 000 naissances vivantes et le plus grand nombre de décès maternels au monde.²² Selon les estimations, une femme sur 34 au Nigéria mourra de causes maternelles, principalement d'hémorragie obstétricale, d'éclampsie, de septicémie et de complications dues à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.²³ Alors que l'avortement au Nigéria n'est légal que pour sauver la vie d'une femme, son incidence reste élevée. Une étude sur le Suivi des performances en 2018 et sur la Responsabilité en 2020 (PMA2020) a estimé que 4 à 6 % des femmes nigérianes en âge de procréer (WRA, Women of Reproductive Age) avaient subi un avortement au cours des 12 précédents mois, soit une estimation d'environ 1,8 à 2,7 millions d'avortements par an.²⁴

Le taux de prévalence de la contraception moderne (mCPR, modern Contraceptive Prevalence Rate) n'est que de 12 % chez les femmes nigérianes mariées âgées de 15 à 49 ans, avec de fortes disparités selon les zones géographiques. Seulement un peu plus de 18 % des femmes mariées dans les zones urbaines déclarent utiliser une méthode contraceptive moderne, contre 8 % dans les zones rurales.²¹ En outre, les États du nord du Nigéria ont un taux de prévalence de la contraception moderne inférieur à celui des États du sud, soit moins de 10 % contre 15 % ou plus, respectivement.²⁵ Plus de la moitié des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans au Nigéria n'expriment aucune intention d'utiliser une méthode contraceptive. Cependant, une plus grande parité est synonyme d'une plus grande utilisation de la contraception.²¹ Le quintile de richesse et le niveau d'éducation sont des facteurs supplémentaires qui ont une influence sur l'utilisation de la contraception au Nigéria.

Figure 1. Grossesse chez les adolescentes et âge au premier mariage par État, au Nigéria

% de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont commencé à avoir des enfants

- 1% - 9%
- 10% - 17%
- 18% - 25%
- 26% - 33%
- 34% - 41%



Âge médian au premier mariage, États du nord du Nigéria

Plateau	19.6
Adamawa	19.2
Nasarawa	19.1
Taraba	18.0
Niger	17.5
Borno	17.4
Kaduna	16.7
Kano	15.9
Sokoto	15.9
Yobe	15.9
Gombe	15.8
Jigwa	15.7
Kebbi	15.7
Bauchi	15.5
Zamfara	15.5
Katsina	15.3

Source : Enquête sur la démographie et la santé au Nigeria (Nigeria Demographic and Health Survey, 2018)²¹

L'adolescence au Nigéria

La moitié de la population du Nigéria a moins de 24 ans.²⁶ La femme nigériane lambda a ses premiers rapports sexuels à l'âge de 17 ans et se marie à 19 ans, soit environ neuf ans plus tôt que l'âge médian du premier mariage chez les hommes nigériens.²⁷ Une différence d'âge importante entre les époux et la présence de coépouses âgées dans les ménages polygames peuvent créer une dynamique du pouvoir complexe au sein des ménages pour les adolescentes nouvellement mariées. Les filles et les jeunes femmes n'ont souvent pas la possibilité de prendre des décisions de manière indépendante. Même lorsqu'elles disposent d'une autonomie de décision, les choix des filles sont influencés par une multitude de normes culturelles et sociales, notamment la préférence pour les familles nombreuses.

Près d'une adolescente sur cinq au Nigéria a donné naissance ou est enceinte de son premier enfant, avec de nettes disparités selon le lieu de résidence et la situation géographique. Par exemple, une adolescente nigériane vivant en milieu rural a trois fois plus de chances que son camarade vivant en milieu urbain d'avoir un enfant avant l'âge de 19 ans. Les adolescentes du nord-ouest ont presque cinq fois plus de chances de commencer à avoir des enfants que leurs camarades du sud-ouest (29 % contre 6 %).²¹ À Kaduna, un État choisi pour la mise en œuvre du MMA, 31,3 % des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans ont commencé à avoir des enfants (**Tableau 1**). Dans les communautés rurales du nord, les jeunes femmes peuvent être contraintes de donner naissance rapidement à des enfants pour démontrer leur fertilité et généralement dans la même année de mariage. L'absence d'alternatives sociales et économiques significatives renforce le désir des jeunes femmes d'avoir des enfants surtout parce que le fait de

devenir mère leur confère un statut au sein de leurs foyers. Certaines adolescentes vivant dans des foyers polygames peuvent également craindre que leur mari ne se remarie si elles ne donnent pas naissance peu après leur mariage.

Ces facteurs contribuent aux faibles niveaux de besoins non satisfaits en matière de contraception chez les jeunes adolescentes mariées du nord du Nigéria, soit seulement 12,2 %.²¹ Bien que le taux de mortalité maternelle chez toutes les femmes en âge de procréer ait triplé au cours des trois dernières décennies, le taux de prévalence de la contraception moderne (mCPR) chez les filles âgées de 15 à 19 ans est passé de seulement 1,9 % en 1990 à 2,4 % en 2018.²¹ La première utilisation de la contraception par les filles au Nigéria se situe au milieu de leur vingtième année au moment où elles ont déjà eu deux ou trois enfants (**Tableau 1**).^{29,30}

Les grossesses précoces et fréquentes ont des effets dramatiques sur la santé des Nigériens. Deux décès sur cinq chez les filles âgées de 15 à 19 ans sont d'origine maternelle.²¹ L'avortement non médicalisé constitue un risque majeur pour les adolescentes nigériennes. Parmi les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans qui ont déclaré avoir subi un avortement, près de 90 % ont déclaré que leur avortement était non médicalisé, c'est-à-dire clandestin ou autogéré au moyen d'une procédure non recommandée et en dehors des cadres du système de santé formel. Kaduna et Nasarawa font partie des États avec le plus grand nombre déclaré d'avortements non médicalisés.²⁷ Les jeunes femmes sont également les plus susceptibles d'avoir besoin de soins post-avortement (PAC, Post-abortion care) pour prendre en charge les complications liées à l'avortement.²⁷

Tableau 1. Situation de la santé sexuelle et reproductive au nord du Nigéria

L'analyse des deux États du nord du Nigéria où le MMA est mis en œuvre montre une initiation sexuelle précoce, des mariages précoces et un taux élevé d'adolescentes (15-19 ans) qui ont commencé à avoir des enfants, en particulier à Kaduna (la deuxième région la plus grande du Nigéria). La première utilisation de contraceptifs ne survient généralement qu'après la naissance de deux ou trois enfants. Le taux de mCPR chez les jeunes femmes mariées au Nigéria (15-24 ans) est faible (surtout à Kaduna), avec seulement 15 % environ de la demande satisfaite par les méthodes modernes les plus efficaces. Dans les deux États concernés, 12 à 13 % des grossesses aboutissent à un avortement.

SSR au Nigéria, au niveau national et selon les États du Nord choisis	National	Kaduna (Zone Nord Ouest)	Nasarawa (Zone Nord Centrale)
Indice Synthétique de Fécondité (ISF), femmes âgées entre 15 et 49 ans. ²¹	Nasarawa	5.9	5.3
Âge médian du premier rapport sexuel, femmes entre 20 et 49 ans. ²¹	17.2	15.8	18.2
Âge médian au premier mariage : femmes (20-49), hommes (30-59). ²¹	19.1, 27.7	16.7, 25.0	19.1, 27.0
Âge médian à la première naissance, femmes entre 25 et 49 ans. ²¹	20.4	18.9	20.3
Âge médian à la première utilisation d'un moyen de contraception. (urbain, rural) ^{26,29,30}	24.9, 25.6	25.8, 24.8	25.5, 26.8
% de jeunes femmes (entre 15 et 19 ans) ayant commencé à avoir des enfants. ²¹ (ayant eu une naissance vivante ou présentement enceintes)	18.7%	31.3%	10.1%
Intervalle médian des naissances* ²¹	30.9	29	30.1
mCPR, femmes mariées (15-24). ²¹	10.5%	5.6%	8.2%
% besoin en contraception non satisfait, femmes mariées (15-24). ²¹	16.1%	8.7%	30.1%
% de grossesses aboutissant à un avortement** ³³	14%	13%	12%
Nombre médian d'enfants vivants à la première utilisation d'une contraception. (urbain, rural) ²⁶	1.4, 2.6	2.7, 2.7	2.0, 2.9

21. Nigeria DHS 2018; 26, 29, 30. PMA2020 Nigeria 2018; 33. Guttmacher Institute. Abortion in Nigeria, 2015; * For mothers 15-19, number of months since preceding birth drops to 26.9 months. The World Health Organization (WHO) recommends a minimum inter-birth interval of 33 months between two consecutive live births in order to reduce the risk of adverse maternal and child health outcomes; ** Figures represent summary totals for North West and North Central zones and include safe and unsafe abortions. Guttmacher reports that most abortions are unsafe, given that they are done clandestinely, and/or by an unskilled provider.

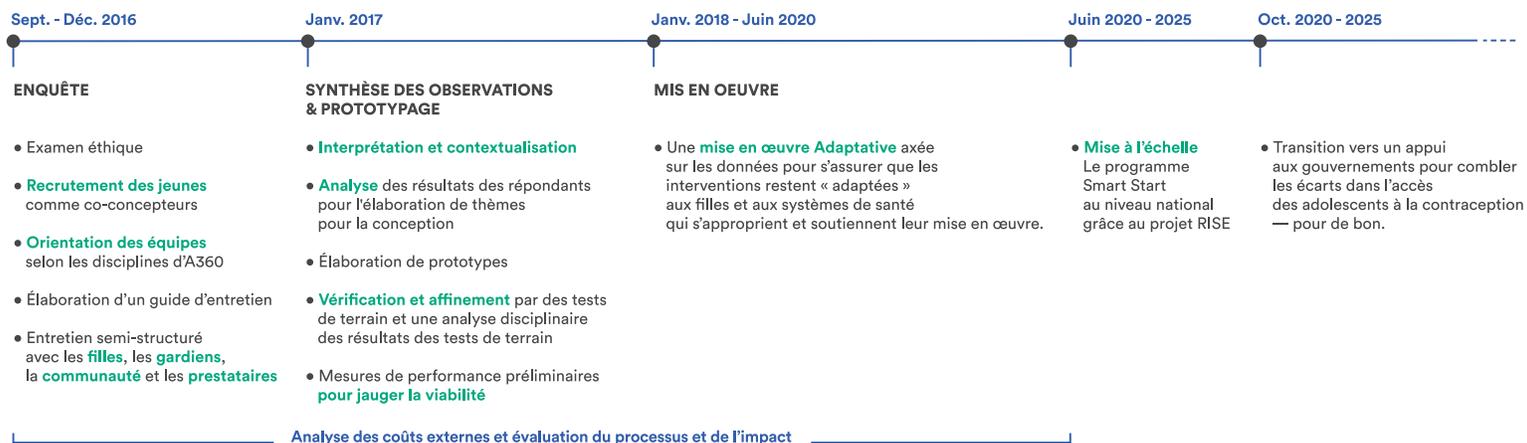
Conception

Comme beaucoup de jeunes dans le monde, les adolescents du Nigéria ont du mal à accéder à des services de santé sexuelle et reproductive adéquats. Parmi les obstacles figurent une méconnaissance de la santé sexuelle et reproductive, la distance à parcourir pour accéder aux services, les contraintes financières, les exigences en matière de consentement, le manque d'autonomie décisionnelle, la mobilité limitée et la stigmatisation sociale. Les contraintes du système de santé, notamment les heures d'ouverture peu pratiques des établissements, les longs délais d'attente et les préoccupations relatives à la vie privée, empêchent également de nombreux adolescents d'accéder aux services. Les préjugés des prestataires sur la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents et aux jeunes représentent un obstacle supplémentaire.^{28,31,32} Les adolescents restent une population essentielle avec un besoin d'informations et d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, plus particulièrement les adolescentes mariées qui subissent une pression sociale supplémentaire pour avoir des grossesses immédiates et répétées. Répondre aux besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive et notamment en matière de services de contraception modernes est essentiel pour que le Nigéria obtienne de meilleurs résultats en matière de santé et de développement national.³³

À partir de 2016, A360 a entrepris un processus de conception pour une meilleure compréhension des besoins et des désirs spécifiques des adolescents nigériens (mariés et non mariés) et pour identifier des moyens innovants permettant au projet de mieux répondre à ces besoins. Ce processus de conception a pris en considération les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelle (et infantile) au nord du Nigéria - des tendances qui sont liées à des grossesses précoces, fréquentes et rapprochées,³⁴ au recours à des avortements non médicalisés,²⁷ et à la faible demande d'informations et de services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes actuellement mariées.²¹ Piloté au niveau local par SFH, A360 a réuni un consortium d'experts en santé publique, en science du développement des adolescents, en anthropologie et en développement humain, pour compléter sa propre expertise. Le projet s'est associé à des jeunes pour comprendre et prendre en charge les facteurs qui contribuent à de mauvais résultats en matière de santé reproductive et pour encourager un calendrier et un espacement sains des grossesses (HTSP, Healthy Timing and Spacing of Pregnancy). Le projet A360 a été structuré en quatre phases : 1) enquête ; 2) synthèse des connaissances ; 3) prototypage ; et 4) mise en œuvre adaptative (**Figure 2**). Les trois premières phases ont constitué le processus de conception d'A360. Cette structure a

i. SFH hired youth researchers between the ages of 18-24 years of age, who were residents of the intervention area, conversant in English and the local language, who demonstrated strong verbal and written communication skills, and were holders of a senior secondary level certificate at minimum. Following the inquiry phase, SFH adjusted the title of "youth researcher" to "young designer" to reflect the ongoing role of these youth as the A360 design process evolved.

Figure 2. Processus et Calendrier d'A360



permis aux différentes disciplines du projet d'interroger et de tester les idées tout en maintenant la curiosité et l'engagement à répondre en temps réel aux observations qui ont émergé sur les expériences et les désirs des filles. Un suivi et une évaluation réfléchis et continus ont été intégrés tout au long du processus par le biais de prototypes de fiches de rapport, d'une évaluation du processus, d'entretiens de sortie avec les clients et de recherches avec des méthodes mixtes. Des observations spécifiques à chaque pays et région ont permis de procéder à une segmentation et à une différenciation des programmes destinés aux adolescents mariés et non mariés, ainsi qu'à une approche personnalisée basée sur un environnement favorable et des facteurs contextuels particuliers.

Méthodes

Le processus de conception de A360 a obéi à deux principes clés : l'engagement significatif des jeunes et la transparence dans la communication des résultats du processus de conception. Le projet a recruté des jeunes pour travailler en tant que co-chercheurs et concepteurs de programmes aux côtés d'experts disciplinaires afin de s'assurer que les perspectives des jeunes fassent partie intégrante de la recherche, de la synthèse et de la conception des programmes. Le projet a cherché à comprendre les objectifs des filles pour l'avenir et à identifier les facteurs structurels et l'environnement favorable qui facilitent ou empêchent les filles d'atteindre ces objectifs. Ces facteurs ont permis à A360 de comprendre comment positionner la contraception en fonction des aspirations des filles. Les interventions de l'A360 ont été documentées et créées conjointement avec des jeunes en les aidant à conduire activement et à donner leur avis à chaque étape du processus de conception, de l'analyse situationnelle jusqu'à la mise en œuvre, à l'évaluation et à la mise à l'échelle. Huit jeunes ont été recrutés comme « jeunes chercheurs »¹ et ont été formés aux méthodes de collecte de données systématiques notamment les entretiens approfondis et l'observation directe dans le but de travailler avec l'équipe tout au long de la phase d'enquête. Dans le cadre de l'intégration de l'équipe de conception, des membres adultes du consortium et de

jeunes concepteurs ont participé à des exercices visant à renforcer les compétences en matière de partenariat entre jeunes et adultes, à encourager le partage du pouvoir et à donner davantage du crédit aux contributions des jeunes.

L'équipe A360 a recueilli les points de vue des filles en utilisant des méthodes délibérément conçues pour générer de l'empathie envers les répondants. En plus des entretiens approfondis, l'équipe a utilisé une variété de méthodes de recherche complémentaires. Elle a notamment identifié des sources fiables, des récits de vie et des observations directes de terrain. Ces approches ont permis de mieux comprendre les expériences vécues par les personnes interrogées en matière de la santé sexuelle et reproductive et au-delà. Elles ont également permis d'explorer les motivations et les sentiments qui sous-tendent les comportements et les décisions des filles. En 2016, les équipes de recherche multidisciplinaires composées de jeunes et d'adultes ont mené ensemble 365 entretiens semi-structurés dans l'État de Kaduna, au nord du Nigéria et dans l'État de Lagos au sud du Nigéria. Elles ont notamment interrogé des adolescentes, leurs principaux responsables (mères, pères, partenaires adolescents et partenaires hommes), les acteurs communautaires (imams et dirigeants locaux), ainsi que les prestataires de services. Dans le cadre de son engagement éthique auprès des jeunes, l'équipe a obtenu l'approbation du Conseil d'Examen Institutionnel (IRB, Institutional Review Board) pour toutes les activités de recherche portant sur la conception.

A360 a fait une analyse des données dans le cadre d'ateliers thématiques collaboratifs au cours desquels des équipes de jeunes et d'adultes ont travaillé à l'établissement d'un consensus sur la signification et l'importance des résultats obtenus. Les animateurs d'A360 ont favorisé des contributions équilibrées afin de synthétiser les idées d'une manière qui reflète à la fois l'expertise disciplinaire du consortium du projet, ainsi que les perspectives des jeunes concepteurs. Mise en place au nord du Nigéria en janvier 2018, l'équipe SFH a pu modéliser le MMA en s'inspirant du programme 9ja Girls d'A360 au sud du Nigéria et a capitalisé sur les observations d'A360 en matière de conception recueillies au sud et au nord du Nigéria.

i. SFH a embauché de jeunes chercheurs âgés entre 18 et 24 ans, résidents de la zone d'intervention, parlant l'anglais et la langue locale, ayant fait preuve de solides compétences en communication verbale et écrite, et titulaires d'un certificat de niveau secondaire supérieur au minimum. Après la phase d'enquête, SFH a remplacé le titre de « jeune chercheur » par « jeune designer » pour refléter le rôle continu de ces jeunes au fur et à mesure de l'évolution du processus de conception d'A360.

Conclusions : Synthèse des observations

Les recherches menées par A360 dans les États de Lagos et de Kaduna ont permis de mieux comprendre la vie des adolescents nigériens. Les observations collectées au nord du Nigéria se retrouvent finalement confondues dans les grands thèmes suivants.

Anxiété et incertitude sur la manière d'asseoir un avenir stable

Au nord du Nigéria, de nombreuses adolescentes rêvaient de terminer leurs études secondaires, de se marier, d'avoir une famille et puis de poursuivre leurs études. Cependant, les filles ont également indiqué que les décisions de poursuivre leurs études ou de se marier sont généralement prises pour elles et le plus souvent par leurs parents. Les filles se marient souvent à l'adolescence et très rapidement ont des enfants, souvent au cours de la première année de leur mariage.

« Mes parents ont décidé de me marier alors que je voulais poursuivre mes études. »

Une fille mariée à Igabi

Compte tenu des réalités actuelles, à savoir une éducation limitée, des perspectives d'emploi réduites et une insécurité financière à laquelle font face la majorité des jeunes Nigériens (les filles en particulier), leurs parents considèrent le mariage comme une mesure protectrice. Si les parents du nord du Nigéria partagent souvent les mêmes aspirations en matière d'éducation que leurs filles, ils considèrent également le mariage comme un moyen de préservation de la moralité des filles, mais aussi un moyen de prévention des grossesses hors mariage. Les filles ont également fait état d'une pression pour se marier tôt afin d'éviter la stigmatisation et la honte d'être une « vieille » fille célibataire.

« Si une fille se marie, même sans éducation, au moins vous l'avez donnée en mariage. »

Une maman à Igabi

« Toute fille qui n'est pas mariée jusqu'à l'âge de 20 ans est considérée comme un résidu. »

Une fille célibataire à Igabi



Les filles perçoivent la contraception comme inappropriée et comme une menace pour la fertilité

Les filles interrogées avaient une vision claire de ce qu'elles voulaient réaliser dans la vie - elles considéraient la maternité comme une joie de vivre sûre et fiable. Pour les filles mariées du nord du Nigéria, le manque d'autonomie, la pression exercée pour prouver leur fécondité et, dans de nombreux cas, un réel désir d'atteindre les objectifs de leur famille en matière de procréation sont autant de facteurs qui réduisent à néant la pertinence de la contraception.

En outre, les filles et les personnes qui les influencent ont souvent des mythes et des idées fausses profondément ancrés sur l'utilisation des contraceptifs, notamment la croyance selon laquelle l'utilisation des contraceptifs peut conduire à la promiscuité ou à la stérilité. La crainte que les effets secondaires liés à la contraception puissent compromettre la fertilité future, menaçant ainsi les rêves de maternité des filles (et avec elle, la capacité à atteindre un statut social, le bonheur et la sécurité) a rendu inacceptable l'utilisation de la contraception.

« La contraception provoque la stérilité. »

Un garçon à Chikun

Isolement et méfiance chez les adolescentes mariées

Les filles du nord du Nigéria ont fait état d'une absence d'autonomie de décision en matière de reproduction. Celles qui souhaitent réellement avoir accès à la contraception et à son utilisation ont déclaré que cela dépendait en grande partie du soutien des personnes qui ont une influence déterminante sur leur vie, principalement leurs maris, mais également leurs belles-mères. Ces personnes clés peuvent être favorables ou non à l'utilisation de la contraception pour une multitude de raisons qui, peuvent être liées à la religion, à l'ignorance ou à la crainte des effets secondaires. Convaincues qu'elles n'auront pas la permission d'utiliser la contraception, un certain nombre de filles interrogées ont déclaré qu'elles n'adoptaient pas la contraception ou qu'elles y accédaient secrètement, ce qui les exposait au risque potentiel d'un retour de bâton ou d'isolement si des effets secondaires s'ensuivaient.

« Dans notre culture ici, les hommes et les maris prennent les décisions de planification familiale pour leurs femmes. »

Un partenaire homme à Chikun

« Si le mari n'a pas consenti à la contraception, cela peut engendrer une crise dans le mariage. »

Un prestataire à Igabi

Les personnes interrogées au nord du Nigéria ont identifié plusieurs sources d'information sur la santé sexuelle et reproductive comme étant adaptées et souhaitables pour les adolescents. Il s'agit notamment des enseignants (via l'éducation sexuelle dans les écoles), des chefs religieux dans les églises et les mosquées et des agents de santé. S'il est vrai que les agents de santé peuvent être une bonne source d'informations et de services de santé sexuelle et reproductive, les adolescents nigériens craignent que leur visite chez un agent de santé ne puisse pas rester privée et confidentielle. Cela pourrait avoir un effet dissuasif sur l'attitude des filles en matière de recherche de soins de santé. Les personnes interrogées ont souligné l'importance de l'anonymat et de l'intimité dans les prestations de soins de santé reproductive, même si ceux-ci ne sont pas garantis. Certains prestataires ont également fait preuve de réticence à fournir aux adolescentes des moyens de contraception sans la présence d'un parent ou d'un conjoint.

« Ils n'aiment pas aller à l'hôpital pour des contraceptifs sous prétexte que les travailleurs pourraient les connaître. »

Un influenceur communautaire à Igabi

« Les prestataires de soins demandent généralement aux filles d'amener leur mari avant de pouvoir leur faire un planning familial. »

Une maman à Chikun

Les adolescentes mariées ont indiqué que le soutien de leur mari était essentiel pour leur permettre d'accéder à la contraception, de l'adopter et en faire un usage continu. Cependant, les partenaires hommes n'avaient souvent pas suffisamment de connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive et ont indiqué pour des raisons religieuses leur préférence pour les méthodes contraceptives traditionnelles telles que le retrait. Par conséquent, l'approbation de la contraception par les chefs religieux était considérée par les femmes mariées, ainsi que par leurs principaux responsables (maris, belles-mères) comme un préalable nécessaire à l'utilisation de la contraception. Seul un faible pourcentage des filles interrogées ont déclaré être en mesure d'utiliser la contraception si leur partenaire ne l'approuvait pas.

Stratégie technique

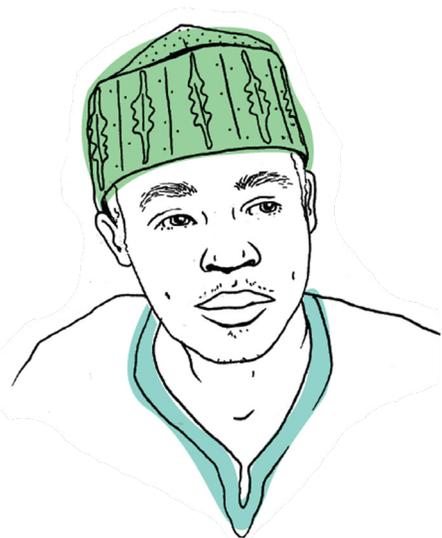
L'ensemble des informations générées par A360 ont été utilisées conjointement à l'expertise du consortium d'experts disciplinaires du projet et à la base des données mondiales afin d'élaborer une stratégie technique. Cette stratégie a servi à la conception de prototypes de départ pour le programme 9ja Girls destiné aux filles non mariées au sud du Nigéria. Ces prototypes ont été testés sur le terrain et révisés à la suite d'une analyse et d'une prise de décision concertées au sein d'équipes de conception jeunes-adultes. Pour plus d'informations, voir *Connecting Contraception to Girls' Lives and Aspirations in Southern Nigeria : The Case of 9ja Girls*.

Les problèmes de sécurité constatés au nord du Nigéria lors de la phase de conception ont restreint la capacité de A360 à concevoir une intervention adaptée au contexte des jeunes filles du nord du pays. Par conséquent, SFH a procédé à une évaluation rapide basée sur les observations et les prototypes issus du sud et du nord du Nigéria, ainsi que sur les autres contextes géographiques de A360 pour étayer le prototype d'intervention au nord du Nigéria - une réplique de 9ja Girls qui a été adaptée pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents mariés du nord du Nigéria. En début d'année 2018, SFH a testé une série de prototypes bruts pour dialoguer avec des jeunes filles mariées âgées de 15 à 19 ans à différents moments de leur vie, particulièrement aux grands tournants de leurs vie. Cette période de prototypage a permis d'enrichir le corpus de connaissances de A360, en mettant en évidence les préoccupations spécifiques et pratiques des adolescentes du nord du Nigéria. Les filles voulaient en savoir plus sur leur corps, le sexe et la grossesse, ainsi que sur la nutrition et les programmes de formation professionnelle. Elles souhaitaient se joindre à des groupes où elles pourraient recevoir le soutien d'autres adolescentes et le mentorat de femmes plus âgées. Les filles souhaitaient également bénéficier de séances avec des conseillers au cours desquelles elles pourraient poser des questions de manière anonyme et avoir un moment d'intimité avec un jeune agent attentionné. Enfin, les filles ont souhaité recevoir le soutien de leurs maris pour accéder à la contraception et considèrent les chefs religieux comme les principaux garants du soutien de leurs maris.



Les observations ont fait apparaître un réel besoin d'atteindre les filles mariées au moyen d'une stratégie spécifique, différente de celle utilisée pour atteindre les filles non mariées au sud du Nigéria (voir **Tableau 2**). Ce modèle comprenait une stratégie de sensibilisation distincte, différents points d'approche pour établir la pertinence de la contraception, ainsi qu'une approche modifiée pour créer un environnement favorable à l'utilisation volontaire de la contraception par les filles. Au cours du prototypage, SFH a testé des composantes d'intervention qui ont nécessité un mélange d'adolescentes mariées et non mariées, ainsi que leurs principaux influenceurs et leurs tutelles comme les maris, les mamans et les chefs religieux. Le MMA profite des cours de renforcement en santé familiale comme points d'approche pour donner des conseils en matière de contraception et parler de l'utilisation de la contraception comme outil pour espacer les naissances afin d'aider les enfants, les mères et les familles à rester en bonne santé. Dans le MMA, les adolescentes mariées et leurs maris sont mobilisés grâce à des actions de sensibilisation individuelles ciblées menées respectivement par des femmes mentores et des agents IPCA hommes. Les filles mobilisées par les femmes mentores peuvent choisir d'assister à quatre séances de mentoring avec une cohorte de leurs camarades ou se rendre directement à l'établissement pour bénéficier des services. Les agents IPCA hommes jouent un rôle important dans la sensibilisation de la communauté à la contraception et dans la lutte contre les mythes et les fausses idées qui circulent. Les agents IPCA hommes abordent les maris dans les lieux de rassemblement publics en leur fournissant des informations essentielles sur les avantages d'un calendrier et un espacement sains des grossesses (HTSP).

Les prototypes de MMA ont adapté ou étoffé certains des outils et approches utilisés par 9ja Girls en fonction des besoins et des désirs des adolescents mariés. Par exemple, SFH a modifié, étoffé et rebaptisé les cours de 9ja Girls' « Love, Life, and Health » (L'Amour, la Vie et la Santé) (LLH) en « Life, Family, and Health » (La Vie, la Famille et la Santé)



(LFH). Tout au long des quatre sessions de mentoring guidé qui composent le programme LFH, les filles qui souhaitent recevoir des conseils et une méthode contraceptive peuvent en bénéficier à tout moment, à moins qu'elles y renoncent,ⁱⁱ par l'intermédiaire d'un agent SFH ou du secteur public au sein de l'établissement où se déroulent les sessions de mentoring. Les agents publics et ceux de SFH reçoivent une formation sur la convivialité envers les jeunes et la technologie contraceptive afin de renforcer leurs compétences techniques et de lutter contre les préjugés. Le MMA applique la méthodologie Conseils pour choisir (C4C, Counseling for Choice) du PSI pour améliorer la qualité du conseil. Une supervision de soutien est assurée en permanence pour renforcer les compétences et les performances des prestataires.ⁱⁱⁱ Ces prestataires qui travaillent en synergie assurent des services permanents adaptés aux jeunes et facilitent l'échange de connaissances sur le MMA avec les agents du secteur public.

L'objectif du MMA est de présenter l'expérience unique d'une adolescente mariée au nord du Nigéria. Le programme développe la curiosité, tire profit des objectifs de vie et des aspirations, aide les clients à se sentir respectés et en sécurité lorsqu'ils ont recours aux services et encourage les filles et leurs partenaires à continuer à utiliser la contraception aussi longtemps qu'ils le souhaitent, conformément à leurs objectifs de vie. Cette expérience unique se reflète dans le « parcours de l'utilisateur » du MMA (**Figure 3**).

ii. « Opt out » est une approche fondée sur des données probantes où chaque fille a la possibilité de rencontrer un prestataire, à moins qu'elle ne se désiste. Étant donné que certains cours de LFH ont lieu dans la communauté plutôt que dans un établissement pour réduire les coûts de transit, les filles ne sont pas nécessairement en mesure de passer directement des cours de LFH au conseil en matière de contraception lors de chaque séance de MMA. Cependant, chaque fille a la possibilité de rencontrer un prestataire, à moins qu'elle ne se désiste, avant la fin des sessions LFH. Par exemple, les filles reçoivent des conseils en matière de contraception à la suite du cours sur l'espacement des naissances, organisé dans l'établissement.

iii. Conseils pour choisir (C4C) est une initiative de PSI qui contribue à un discours positif sur le choix de la contraception. Les C4C s'inspirent des meilleures pratiques de conseil existantes et vise à maximiser la satisfaction des clients et à réduire l'abandon de la méthode chez les filles et les femmes ayant besoin de contraception.

Tableau 2. Comment la synthèse des observations et l'expérience dans la mise en œuvre d'A360 ont façonné la stratégie technique du MMA

PHASE DE CONCEPTION D'A360
Synthèse des observations

MISE EN OEUVRE D'A360
Expérience et aménagement

STRATEGIE TECHNIQUE DU MMA

ANXIÉTÉ ET INCERTITUDE SUR LA MANIÈRE D'ASSEOIR UN AVENIR STABLE

Les filles et leurs influenceurs partageaient les mêmes inquiétudes quant à l'avenir. Si les réussites scolaires ou d'autres aspirations étaient souhaitables, elles étaient éclipsées par la pression exercée sur les filles pour qu'elles se marient et aient des enfants. Les filles avaient peu de pouvoir de décision sur les trajectoires qu'elles pouvaient emprunter et doutaient que leurs aspirations en dehors du mariage et de la maternité soient réalisables.

L'étude du contexte du nord du Nigéria montre que les coutumes religieuses reconnaissent à la femme le droit d'avoir un revenu en particulier pour lui permettre de maintenir ses relations sociales.³⁵ Malgré cela, les filles et les jeunes femmes ont peu de possibilités d'avoir des revenus en raison principalement de leurs possibilités limitées et de leurs contraintes de mobilité.²⁸ Les filles ont peu de possibilités de développer leurs compétences et elles ont besoin de ressources, de réseaux sociaux et de soutien pour démarrer ces activités génératrices de revenus.

A travers ses groupes de mentorat, le MMA encourage les filles à exprimer à la fois leurs objectifs financiers et leurs objectifs de vie. Le programme reconnaît le désir exprimé par les filles elles-mêmes d'acquérir des compétences qui les aident à atteindre leurs objectifs pour leur famille et à générer des revenus supplémentaires. Grâce à des sessions sur la santé, la prise de décision, la nutrition, les compétences professionnelles, la planification financière et la communication, le programme de mentorat de MMA donne aux filles l'estime de soi, les compétences et les connaissances nécessaires pour à la fois poursuivre leurs aspirations familiales et générer des revenus.

Il a été démontré que les interventions qui encouragent des croyances positives sur l'avenir, une image positive de soi et l'acquisition de compétences favorisent toutes une prise de décision saine, notamment en ce qui concerne l'utilisation des contraceptifs. Les adolescentes ont besoin de soutien pour avoir un sentiment d'efficacité personnelle afin de réaliser leurs objectifs et se construire la vie qu'elles souhaitent.

Dans 9ja Girls, A360 a réussi à aider les filles à élaborer des projets et à acquérir des compétences pour atteindre leurs objectifs d'avenir. Grâce à la définition des objectifs, à la formation aux compétences et au dialogue pour des relations saines, 9ja Girls aide les filles à se créer un chemin vers l'âge adulte.

Le MMA s'appuie sur la résonance de l'approche de renforcement des compétences de 9ja Girls, mais reconnaît également l'importance d'un éventail plus large de compétences familiales et pratiques qui sont adaptées aux filles mariées du nord du Nigéria. Les filles qui participent aux groupes de mentorat du MMA reçoivent des informations sur la nutrition et la santé, ainsi que des conseils d'un coach en compétences professionnelles. À la fin de la formation, elles auront acquis une compétence pratique (par exemple, les dessins au henné ou la fabrication de détergent liquide) et auront reçu des conseils sur la création d'entreprise, notamment un plan d'épargne. Le MMA présente la contraception comme un outil qui peut aider les filles à atteindre leur double objectif de stabilité financière et de famille saine.

PERCEPTION DE LA CONTRACEPTION PAR LES FILLES COMME ÉTANT INAPPROPRIÉE ET UNE MENACE À LA FERTILITÉ

Les filles et leurs influenceurs ont intériorisé les mythes et les idées fausses sur le lien entre l'utilisation des contraceptifs et l'infertilité. Elles considéraient l'utilisation de la contraception comme une menace réelle pour la maternité qu'elles considéraient comme la voie la plus sûre vers le statut social et la stabilité.

Contrairement aux autres zones géographiques d'A360, l'environnement culturel révèle l'immense pression que subissent les adolescentes mariées au nord du Nigéria pour avoir un enfant au cours de leur première ou deuxième année de mariage. Par la suite, l'espacement des naissances est généralement accepté, tant sur le plan religieux que culturel comme étant important pour promouvoir des familles plus saines.

Le MMA utilise des approches de conseil fondées sur des preuves qui favorisent un choix éclairé pour les filles. Cette approche dissipe les craintes, les mythes et les idées fausses liés aux effets secondaires des méthodes contraceptives modernes. Les participantes y découvrent que les méthodes sûres, réversibles et ne présentent aucune menace pour la fertilité. Reconnaisant l'immense valeur que les filles accordent à la maternité et le statut social qui découle du fait d'avoir des enfants, la conversation de conseils met l'accent sur l'importance de la fréquence et du calendrier des naissances pour que les mères et les bébés soient en meilleure santé.

Le mariage et la maternité sont des aspirations essentielles et significatives pour les filles. Malgré les aspirations des filles en matière d'éducation et autres, les pressions sociales et la rareté des options économiques réduisent ce qui est perçu comme étant réalisable. La maternité offre une joie de vivre accessible.

Les filles non mariées participant à 9ja Girls ont affirmé que la quête d'autres aspirations comme la poursuite des études ne conduisait pas toujours à des opportunités professionnelles et à la prospérité financière. En revanche, le mariage et la maternité offraient un cadre fiable et sûr qui renforçait, un tant soit peu, le statut social des filles.

Le MMA affirme que les rêves des filles - liés ou non à la maternité - sont légitimes et réalisables. Au-delà des avantages sanitaires de l'espacement des naissances, le MMA aide les couples à comprendre les innombrables avantages de l'utilisation des contraceptifs. Il s'agit notamment de disposer de plus de temps pour acquérir une compétence ou pour se concentrer sur des activités commerciales et génératrices de revenus qui permettent d'accroître l'épargne et de soutenir l'épanouissement d'une famille.

ISOLEMENT ET MÉFIANCE

Les filles souhaitent s'informer sur la SSR, mais elles disposent de peu de sources fiables vers lesquelles elles peuvent se tourner pour obtenir des informations complètes et précises. Elles veulent recevoir ces informations dans un cadre sécurisé et confidentiel. Enfin, les adolescents bénéficient de l'apprentissage social qui, peut renforcer les attitudes positives de recherche de soins. En effet, il existe peu d'opportunités pro-sociales pour aider les adolescents à adopter des normes et des comportements sains et pouvoir profiter de la camaraderie et du soutien de leurs pairs, ainsi que du mentorat de femmes plus âgées en qui elles ont confiance.

Les premières années de la vie d'une jeune adolescente mariée peuvent être isolantes et solitaires. Même si 9ja Girls a travaillé avec des filles non mariées, l'expérience de mise en œuvre s'est révélée utile pour valider l'impact des adolescentes recevant des informations sur la SSR en tant que groupe de camarades.

Au sein des groupes de mentorat et de prestation de services de MMA, les mentors et les prestataires offrent aux filles un espace crédible et sans jugement où il est normal et sain de poser des questions et de chercher des informations sur la SSR. En s'engageant dans un groupe de camarades, les participantes considèrent que ces attitudes de recherche de soins sont sanctionnées par leur groupe social au sens large. Les filles créent des liens avec les autres dans leurs groupes de mentorat, sont reliées par des expériences communes et terminent leurs formation en tant que membre d'une cohorte.

Les adolescents veulent se sentir respectés et se voir accorder un statut. Il est important que les programmes de santé établissent la confiance en faisant preuve de respect pour les priorités que les filles définissent pour leurs vies.³⁶

Dans leur interaction avec 9ja Girls, les filles ont indiqué qu'un espace de prestation de services spécialement conçu pour les jeunes importait moins que l'attention et l'engagement des prestataires qui soutenaient leurs objectifs et leurs expériences. C'est cette interaction qui pouvait transformer l'expérience de la cliente.

S'appuyant sur les leçons tirées de 9ja Girls, le MMA soutient les structures de santé publique pour offrir une expérience de prestation de services différente qui cherche d'abord à connaître les aspirations d'une fille et à légitimer son pouvoir de fixer ses propres objectifs de vie. De jeunes prestataires spécialement formés et intégrés dans les structures de santé publiques transforment la qualité de l'expérience du conseil et aident les filles à établir une relation de confiance avec les prestataires et le système.

Les époux des adolescentes mariées exercent un réel contrôle sur leurs décisions en matière de contraception. Même quand elles sont curieuses à propos de l'utilisation des contraceptifs, les adolescentes ne se sentent pas informées et autonomes pour communiquer efficacement avec leur partenaire et accéder aux services de SSR. Face à un refus ou à la crainte d'un refus, les filles n'ont soit pas accès à la contraception ou adoptent une méthode en secret, s'exposant ainsi à un risque de représailles.

Le programme de A360 travaillant avec des filles mariées en Éthiopie, Smart Start, a constaté que les mêmes messages qui ont trouvé un écho chez les filles ont également trouvé un écho chez leurs maris et autres personnes influentes. La contraception est présentée comme un outil permettant d'aider les couples à rester sur la bonne voie pour atteindre des objectifs communs. Les maris sont invités à s'engager dans cette conversation aux côtés de leurs épouses. Ainsi, les filles disposent d'outils leur permettant d'engager une conversation. Cela change la dynamique de décision au sein du ménage, qui devient plus éclairée et solidaire. Pour en savoir plus sur ce programme, consultez « *The Case of Smart Start* » (Le Cas Smart Start).

Les agents IPCA engagent les maris dans des discussions, pas seulement sur les avantages sanitaires de l'espacement des naissances, mais aussi sur la manière de l'adapter aux autres objectifs financiers et familiaux du couple. Cette interaction suffit souvent à dissiper les idées fausses des maris et à obtenir le soutien pour leurs épouses afin qu'elles participent au MMA. Dans les groupes de mentorat, les filles reçoivent une orientation sur les compétences communicationnelles, ce qui leur permet de se sentir plus confiantes pour échanger directement avec leurs maris sur des questions liées à des sujets sensibles comme la SSR et l'utilisation des contraceptifs.

Figure 3. Parcours de l'utilisateur du programme MMA

Le MMA est conçu pour créer une expérience unique pour les filles, une expérience dans laquelle elles : se sentent inspirées ; disposent d'un environnement sûr et convivial qui leur permet de poser des questions pour leurs connaissances en matière de santé, de vie et de famille. Un environnement dans lequel elles sont encouragées à définir des objectifs pour elles-mêmes et leurs familles, elles bénéficient d'un soutien pour commencer à planifier la réalisation de leurs objectifs et intègrent les messages qui présentent la contraception comme un outil adapté leur permettant d'atteindre leurs objectifs.



**ÉTAPE 1
Mobilisation**

« Je suis intriguée »



**ÉTAPE 2
Engagement ambitieux**

« Je suis inspirée et motivée »



**ÉTAPE 3
Counseling en matière
de contraception et de presta-
tion de services**

« Je me sens respectée
et en sécurité »



**ÉTAPE 4
Suivi**

« Je me sens soutenue »

Une adolescente mariée découvre le MMA par l'intermédiaire d'une femme mentore ou de son mari. Elle fait preuve de curiosité et accepte de suivre un cours ou une séance de conseil LFH sous la direction d'un mentor puisque ce service lui semble approprié et qu'elle se sent soutenue dans son engagement par son partenaire.

Elle assiste à quatre séances LFH au maximum ou se rend directement au centre de santé pour des services sur place. Au cours des séances LFH, elle découvre des thèmes qui lui sont applicables, notamment la nutrition, l'espacement des naissances, la communication interpersonnelle et la gestion financière. Elle acquiert des compétences pratiques et professionnelles et est convaincue qu'elle peut les utiliser dans sa vie au quotidien, probablement pour générer des revenus. Elle se rend compte que la contraception peut l'aider à réaliser ses projets.

Elle se sent invitée à partager sa vision de l'avenir avec le prestataire de services (notamment lors des rendez-vous privés) et considère la contraception comme un outil adapté et utile à la réalisation de ses projets de vie. Les séances LFH lui donnent l'occasion de rencontrer un prestataire de services dans un cadre confidentiel si elle n'y trouve aucun inconvénient. Elle se sent écoutée sans être jugée. Elle a confiance en ce qu'elle entend et peut se voir proposer sur place et gratuitement la méthode de son choix.

Elle se sent écoutée et soutenue. Elle se sent en confiance et peut retourner au centre de santé chaque fois qu'elle a des questions, des effets secondaires ou a besoin d'un réapprovisionnement en contraceptifs. Elle reçoit des appels de suivi de la part du prestataire et se sent en mesure d'accéder aux services. Elle continue à considérer la contraception comme un moyen adapté pour atteindre ses objectifs.

Regarder au-delà des filles.

Compte tenu de l'autonomie limitée des filles mariées et de leur dépendance à l'égard de leurs responsables pour approuver leur accès aux services de santé sexuelle et reproductive, le MMA engage la communauté et les principaux responsables des filles à soutenir leur participation au MMA et à contribuer à l'amélioration d'un environnement favorable à la santé sexuelle et reproductive des filles et à la prise de décision.

**Collaboration avec
le gouvernement
local et fédéral**

Le partenariat gouvernemental aide le MMA à tirer parti des ressources existantes du système de santé et à apporter un soutien supplémentaire lorsqu'il y a des manquements dans la prestation de services aux adolescentes. La SFH travaille en partenariat avec le gouvernement local pour sélectionner les établissements où le MMA est mis en œuvre. Elle recrute et forme des prestataires et des mobilisateurs et assure une supervision de soutien.

Au niveau étatique et national, l'engagement en cours avec le ministère d'État de la santé, le Conseil des Soins de santé primaires (PHC, Primary Health Care Board) et le ministère fédéral de la Santé (MOH, Federal Ministry of Health) facilite l'appui du gouvernement à A360 particulièrement dans sa mise à l'échelle.^{iv}

**Implication de
la communauté
et des principaux
influenceurs / décideurs**

Le MMA s'engage auprès des principaux responsables et décideurs notamment les chefs religieux qui constituent un point d'approche auprès des communautés. Le soutien au niveau étatique du ministère de la Santé a été d'une égale importance dans l'acceptation du programme par la communauté.

Après l'entrée dans une communauté, le travail de sensibilisation se poursuit grâce à la présence permanente de mentors, d'agents IPCA et de prestataires de services conviviaux avec les jeunes. Les composants du MMA relatifs à la formation professionnelle et aux compétences essentielles favorisent l'adhésion de la communauté en tirant parti des priorités communes liées à la prospérité financière future.

**La mobilisation par le biais de
femmes mentores augmente la
fréquentation des sites
de prestation de services**

Les femmes mentores et les agents IPCA hommes s'appuient sur les structures communautaires et les réseaux de pairs existants pour mobiliser les adolescentes mariées. Les mentors recrutent des filles pour qu'elles suivent les cours LFH de MMA ou qu'elles accèdent directement aux services à partir de l'établissement. Les agents IPCA hommes utilisent leurs réseaux pour informer les maris sur le MMA et obtenir leurs soutiens à la participation de leurs épouses au programme. Le MMA s'appuie sur cette approche personnelle, individuelle ou de groupe pour atteindre les filles et les couples en dehors de ses sites fixes de prestation de services.

**Renforcement
des établissements
de santé publique**

Le renforcement de la prestation de services du secteur public est essentiel pour la mise à l'échelle et la durabilité du programme. La SFH s'associe au ministère de la Santé pour former un cadre de prestataires à plein temps afin de fournir des services adaptés aux jeunes. Ces prestataires travaillent aux côtés des agents gouvernementaux existants en tant que personnel associé dans les centres de santé. La SFH offre un encadrement et des conseils techniques aux agents de santé publique sur la prestation de services adaptés aux adolescents, les compétences techniques, l'assurance qualité et la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Les efforts de renforcement des capacités visant à améliorer la qualité de la prestation des services et des conseils incluent la formation continue sur le terrain (OJT, On-the-job training) dispensée par les Personnes focales pour la qualité (QFP, Quality Focal Persons) recrutées par SFH, des réunions d'examen et une supervision de soutien. Le personnel de SFH joue un rôle actif dans la gestion des ruptures de stock sur certains sites où ce problème est récurrent en déplaçant les stocks d'un site à l'autre en cas de rupture de stock et en travaillant directement avec le gouvernement pour prévoir les besoins avec plus de précision.

iv. La nature décentralisée du gouvernement au Nigéria a conduit l'équipe à se tourner vers la direction administrative des États et des collectivités locales pour obtenir un soutien, cartographier les principales parties prenantes et s'entretenir avec les dirigeants communautaires.

v. La SFH a embauché des personnes QFP ayant une expérience antérieure au sujet des normes de qualité des soins du Projet sur la santé des femmes (WHP, Women's Health Project) du programme PSI. Une personne QFP est attribuée à chaque État, visitant les cliniques sur une base mensuelle. Sur la base des résultats des rapports QFP, la SFH prend des décisions concernant la fréquence et l'orientation des visites.

Description des Interventions

Mobilisation

« Je suis intriguée »

Plus de la moitié des participants au MMA l'ont connu par l'intermédiaire d'une femme mentore, soit individuellement ou en groupe. C'est le premier contact des filles avec le programme. Les femmes mentores sont recrutées au sein de la communauté qu'elles servent, la priorité étant donnée à celles qui ont reçu une éducation formelle, qui parlent le dialecte local et qui ont une solide réputation. Ces compétences permettent aux mentors d'être recommandables auprès de la communauté et garantissent leur capacité à s'adapter aux dynamiques et aux sensibilités de la communauté. Les mentors reçoivent une formation et un encadrement afin d'affiner leur capacité à transmettre le message spécifique du MMA lors des mobilisations et des sessions LFH. Les mentors sont rémunérés en fonction de leurs performances avec un objectif impératif de recrutement de 12 filles pour chaque session LFH, avec 48 diplômées chaque mois (quatre cohortes). Les mentors font le suivi des filles par téléphone (ou en personne) afin de leur rappeler les événements à venir et les aider à surmonter les obstacles qui pourraient les empêcher de participer aux groupes de mentorat. Cette attention portée sur l'exécution des orientations est renforcée par un mécanisme de rémunération à la performance, avec des niveaux de paiement basés sur le nombre de filles qui ont terminé leurs formations avec succès.^{vi} Les mentors effectuent des visites à domicile pour présenter le MMA aux filles et aux principaux influenceurs qui peuvent avoir une autorité culturelle et sociale sur la participation d'une adolescente. Il s'agit notamment des belles-mères et des coépouses. Les mentors choisissent librement le moment du recrutement et de la rencontre avec les filles en fin de matinée au moment où elles en ont fini avec l'école, les tâches ménagères et autres travaux.

Au-delà des femmes mentores, les maris constituent une source de signalement essentielle pour le programme avec environ 40 % des participantes au MMA qui ont entendu parler du programme par le biais de leurs maris. Les agents IPCA hommes sont censés contacter 400 hommes par mois et donner 100 références. Les agents IPCA hommes rencontrent les partenaires hommes des adolescentes pour les orienter vers le programme et leur expliquer comment l'espacement des naissances peut contribuer à la réalisation de leurs objectifs familiaux et financiers. Les discussions avec les agents IPCA hommes constituent une occasion pour améliorer les connaissances des hommes en matière de contraception. L'espacement des naissances est conçu comme une pratique qui peut aider les familles à vivre en bonne santé et dans la prospérité. Ce qui constitue un objectif commun au sein des communautés. La discussion met l'accent sur la visite d'un prestataire de santé qualifié avant de choisir une méthode, le retour à la fertilité et le fait que le couple « peut arrêter et reprendre la procréation quand [ils] le souhaitent ». Le contenu des sessions de groupe de mentorat du MMA sur le renforcement des compétences constitue souvent une incitation importante à participer au programme, car ce composant intéresse à la fois les filles et leurs principaux influenceurs.

Engagement ambitieux

« Je suis inspirée et motivée »

Les filles assistent jusqu'à quatre séances de groupe de mentorat LFH d'une durée de deux heures et demie sous la direction de mentors qualifiés. Certaines de ces sessions ont lieu au domicile ou l'enceinte du responsable communautaire et au moins deux d'entre elles ont lieu dans un établissement de santé (voir **vv**). Des récits, du rythme, des rimes et des répétitions aident les filles à intérioriser le contenu de l'apprentissage et à rendre la séance LFH plus interactive. Les groupes de mentorat permettent aux filles mariées de se connaître, de réfléchir sur le contenu des cours et de discuter de leurs objectifs dans un environnement sécurisé et ouvert. Le programme d'études encourage l'engagement du groupe et la création de réseaux de soutien dont le point culminant est l'expérience d'avoir obtenu un diplôme en tant que membre d'une cohorte. Les mentors informent les filles de la possibilité de bénéficier de conseils confidentiels et individuels en matière de santé sexuelle et reproductive. Pour certaines filles, cela suffit pour les convaincre à se rendre directement chez un prestataire pour des services de contraception sans avoir à assister aux séances LFH.

Les composantes du MMA relatives aux compétences professionnelles et essentielles constituent des facteurs importants qui contribuent à la réussite du programme qui consiste à atteindre les filles et leurs influenceurs. Les filles mobilisées à travers le MMA indiquent fréquemment que la capacité à acquérir une compétence utile transmise par un membre de la communauté est la principale motivation à participer à des groupes de mentorat. Cela suscite la curiosité et donne au programme une meilleure pertinence par rapport aux objectifs et aux désirs des filles.

Figure 4. Contenu du Programme d'enseignement LFH du MMA



^{vi}. Les mobilisateurs reçoivent un paiement pour les références de participation échangées uniquement. Aucun paiement n'est lié à l'utilisation de la contraception, conformément aux principes de choix contraceptif éclairé et pour éviter les incitations qui pourraient conduire à la coercition

« La mentore est venue chez nous pour nous inviter. Elle nous a expliqué que nous allions apprendre comment prendre soin de notre famille. Elle nous a également parlé de la nutrition et du Planning familial (FP). Cependant, ce qui a attiré mon attention c'est qu'elle nous a dit vers la fin, c'est-à-dire que nous allions acquérir une compétence. »

Une fille à Nasarawa

Collecte de données pour l'évaluation du processus MMA, Itad

Conseils en matière de contraception et de prestation de services

« Je me sens respectée et en sécurité »

Les sessions de mentorat du MMA offrent un cadre sûr aux filles pour discuter de SSR, gagner en confiance et être en contact avec un prestataire de services adapté aux jeunes qui est formé pour fournir des informations et des services de SSR fiables et de qualité. Les filles peuvent entrer en contact avec un prestataire soit via le cours de SSR, soit directement lors d'une visite spontanée. Dans tous les cas, une fois avec le prestataire, tous les services de contraception sont fournis sur place et gratuitement (à l'exception des méthodes permanentes disponibles dans les sites de référence).

Dans le cadre de l'évaluation du processus A360 et des résultats de la recherche qualitative, les filles ont fait part de leur grande satisfaction quant à la qualité des conseils en matière de contraception. Le projet a mis en place plusieurs stratégies pour améliorer la qualité des services notamment un protocole de conseil révisé, un livre de choix de méthode et une boîte de choix de méthode. La SFH a également effectué des visites de supervision de soutien en partenariat avec le gouvernement. En 2018, la SFH a intégré l'approche C4C pour aider les prestataires de MMA à fournir des informations essentielles en matière de SSR et de contraception en utilisant des approches factuelles qui favorisent un choix éclairé. Les outils de travail ont permis aux prestataires de fournir des conseils détaillés

par étapes, favorisant la compréhension des informations essentielles et l'identification des méthodes les plus susceptibles de répondre aux besoins et aux préférences des filles en fonction des priorités qu'elles ont elles-mêmes identifiées. Le C4C est en tête avec les méthodes les plus efficaces, assure le retour à la fertilité et donne la priorité aux informations sur la contraception basées sur l'intérêt.

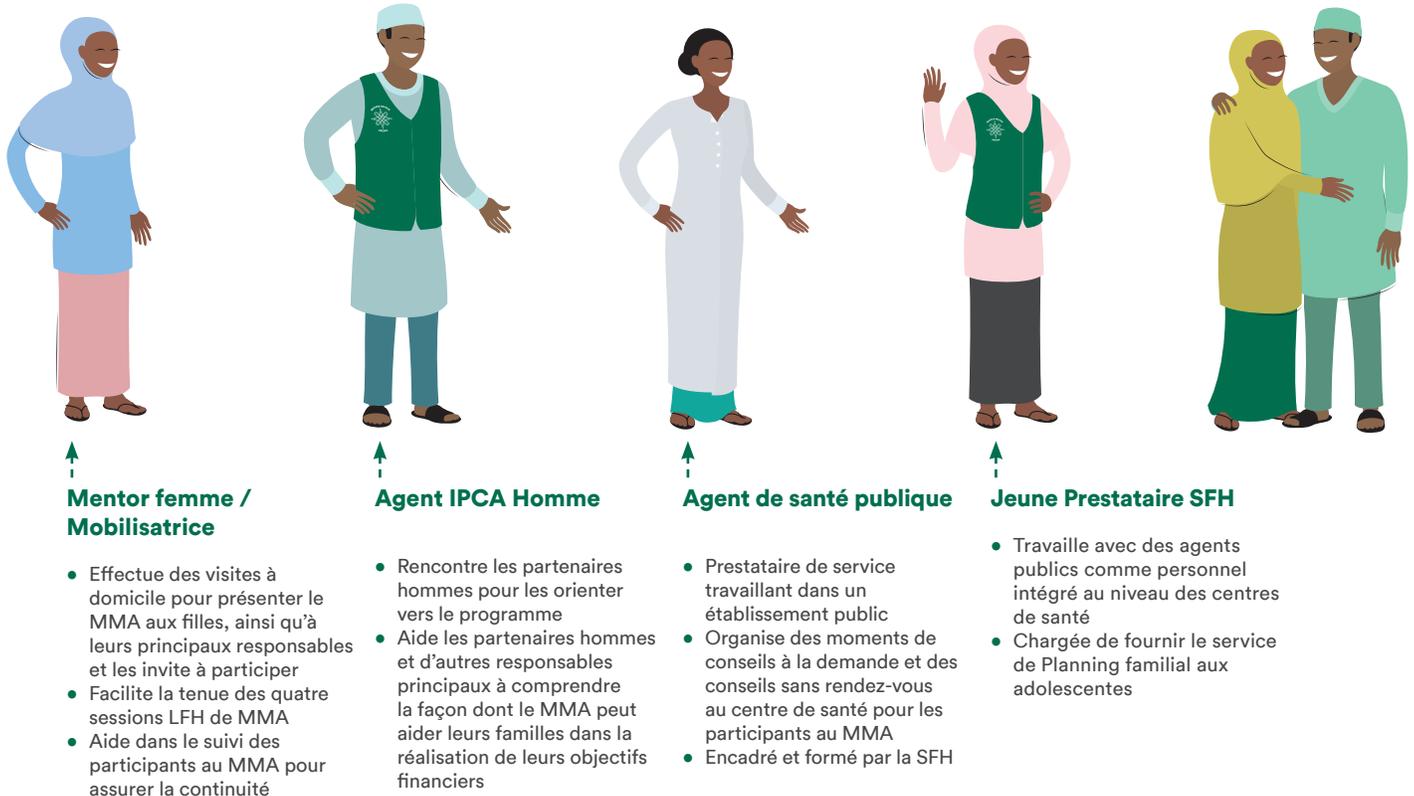
Suivi

« Je me sens soutenue »

À la fin de chaque séance de conseils, il est rappelé aux utilisateurs de contraceptifs de revenir pour un suivi selon un calendrier adapté à la méthode choisie. Les prestataires suivent un protocole strict pour le suivi des clients en distribuant des cartes de rendez-vous sur lesquelles figurent leurs numéros de téléphone. Ils appellent deux à trois jours après l'adoption de la méthode, période transitoire vers l'utilisation de la méthode, ensuite, deux à trois jours avant le réapprovisionnement. Les filles sont invitées à revenir chaque fois qu'elles en ont besoin, par exemple en cas d'effets secondaires. Les prestataires évaluent la confiance de chaque fille dans la méthode choisie, ainsi que les effets secondaires rencontrés et posent des questions afin de déterminer si elle a besoin d'une aide supplémentaire. Pour les filles qui ne présentent pas de réels problèmes liés aux effets secondaires et qui se disent confiantes dans leur méthode, les prestataires modifient leur approche de suivi pour qu'elle soit initiée par le client. Les prestataires consignent le suivi effectué dans le registre de leur établissement qui est régulièrement examiné par la personne du PFQ. À travers ces appels, les prestataires maintiennent leur relation avec les filles et s'efforcent de maintenir la confiance des filles pour qu'elles continuent à utiliser la méthode qu'elles ont choisie. Les mentors aident de temps à autre dans le suivi, même si cela s'ajoute à leurs responsabilités principales et ne fait pas officiellement partie de leur rôle. À Nasarawa par exemple, les filles sont parfois promptes à contacter leur mentor si elles ont un problème, au lieu de s'adresser directement au prestataire.



Figure 5. Composition de l'équipe MMA



Expérience tirée de la mise en œuvre

Dès la phase d'enquête, la SFH a collaboré avec les fonctionnaires fédéraux et étatiques pour développer un sentiment d'appropriation commune du MMA. Au moment où l'A360 passait de la conception à la mise en œuvre du MMA au début de l'année 2018, le projet a jeté les bases de sa phase de mise en œuvre adaptative. Au cours de cette phase, l'A360 a rapidement intégré les enseignements tirés des données sur les performances, l'expérience des clients, la qualité clinique et programmatique et le rapport qualité-prix afin d'améliorer le MMA pour les filles et pour le système de santé qui est appelé à devenir l'ultime bénéficiaire de l'intervention. De 2018 à 2020, A360 a cherché à apporter des améliorations itératives dans le but d'avoir un bon rapport qualité-prix, améliorer la prestation de services et avoir un plus grand impact. Tout au long de la phase de mise en œuvre, les gouvernements locaux ont été invités à participer ou à diriger le recrutement du MMA, la sélection des sites, la formation, la supervision de soutien, la collecte et l'analyse des données.

Révision de la stratégie de mise en œuvre du programme MMA

La SFH collabore avec les fonctionnaires du gouvernement local pour présenter le MMA à la communauté en rencontrant des leaders communautaires influents choisis par les administrateurs gouvernementaux afin d'expliquer l'approche du MMA et de demander l'autorisation de commencer le recrutement et la formation de mentors et

d'agents IPCA hommes, ainsi que la mobilisation des adolescentes. En 2019, la SFH a modifié sa stratégie de mise en œuvre qui, au départ, consistait à mettre en place des installations statiques qui abritaient des activités de sensibilisation dans les cliniques voisines. Ces installations fixes et les cliniques voisines sont devenues respectivement des centres et des antennes dans le cadre du nouveau modèle « centre et antenne » de MMA. Dans la plupart des sites où la SFH opère, un centre est rattaché à quatre antennes. Les centres sont sélectionnés dans les zones à forte densité de population à l'aide de données indiquant un besoin relativement élevé de planning familial non satisfait et se trouvent être le lieu de rencontre de certains groupes de mentorat SFH. Ces sites ont également abrité des prestataires rémunérés par la SFH et constituent la base des femmes mentores et des agents IPCA hommes. Les centres sont plus susceptibles de recevoir à la fois des clients de la SFH et des clients ordinaires. Les antennes se trouvent dans la périphérie, dans les zones rurales moins peuplées où les filles ont tendance à se marier plus tôt. Le personnel SFH conseille et accompagne les prestataires des antennes et renforce leur capacité à fournir des services adaptés aux jeunes. Ces structures sont également appuyées par la SFH pour organiser des activités de sensibilisation. Les filles qui assistent aux activités sont réunies par les mobilisateurs gouvernementaux qui appuient le MMA sur une base ad hoc. Les offres de programmes ambitieux sont plus limitées que dans les centres avec une version simplifiée du LFH qui n'inclut pas de formation professionnelle.

Les centres et antennes sont tous des établissements de soins primaires gérés par le gouvernement et par l'administration locale. Dans les centres et les antennes, la SFH aide à la collecte de données, ainsi qu'à l'achat de consommables. Elle apporte également son soutien dans la prévision afin de garantir des services de contraception constants et gratuits pour les filles. L'objectif de la transition vers ce modèle était de créer une infrastructure de prestation de services adaptée aux adolescents, de permettre à MMA d'étendre la portée du programme et de se rapprocher des filles plus éloignées des centres tout en renforçant les capacités des agents des établissements publics.

Durant la pandémie COVID-19 de 2020, la SFH a adapté le modèle du « hub and spoke » pour faire face aux changements de l'environnement opérationnel. Cette adaptation a été appelée « modified reach-out » (sensibilisation modifiée). Au lieu d'organiser des activités plusieurs fois par mois dans les antennes, les mobilisateurs gouvernementaux et les prestataires qui avaient été précédemment engagés pour appuyer les activités de sensibilisation ad hoc ont commencé à mobiliser, à conseiller et à fournir des services de manière permanente et individuelle dans les antennes. Cette adaptation s'est avérée efficace et la SFH prévoit de continuer à utiliser cette méthode même après la levée des restrictions liées à la pandémie.

Trouver un équilibre entre l'utilisation à court terme et l'impact à long terme

Au début de la phase de mise en œuvre de A360, des considérations de coût et une attention particulière portée aux taux d'adoption ont été à l'origine des décisions concernant les composants du MMA à adapter ou à retirer complètement. L'accent mis sur le rapport qualité-prix signifiait que les composantes de l'intervention qui avaient un impact immédiat sur l'adoption des contraceptifs étaient prioritaires par rapport aux composantes qui pourraient avoir un impact à plus long terme. L'évaluation à mi-parcours de A360 a renforcé les incitations potentiellement perverses à se concentrer sur le rapport qualité-prix. Pour y remédier, SFH, en collaboration avec de jeunes concepteurs et des agents publics, a renforcé le plan d'intervention de MMA afin de soutenir non seulement l'adoption, mais aussi la pérennisation de l'utilisation des contraceptifs. La SFH a réuni les prestataires et les jeunes filles pour créer de nouveaux mécanismes de suivi à l'initiative des prestataires. Les filles peuvent choisir de participer à un programme de suivi avec les prestataires en acceptant d'être jointes par téléphone ou par SMS selon leur préférence. Les prestataires assurent un suivi à trois intervalles pour prendre des nouvelles des filles, évaluer leur besoin de soutien en cours et adapter les appels ultérieurs en fonction des résultats de ce suivi initial. Des détails supplémentaires de la réponse de A360 sur les enseignements tirés de ce suivi initial concentré sur le rapport qualité-prix peuvent être trouvés dans le document : *A360's Learning and Growth since the 2018 Mid-Term Evaluation* (Apprentissage et évolution d'A360 depuis l'évaluation à mi-parcours de 2018).

Comprendre le contexte genre

En tant que projet axé sur les adolescentes, A360 est très conscient des difficultés que rencontrent ces jeunes filles pour accéder aux services de santé ou prendre des décisions au sein de leurs familles et de leurs foyers. Le projet a reconnu son incapacité à inclure le genre comme module de formation lors du processus de conception de ses interventions. En 2019, les résultats de l'évaluation du processus de A360 ont mis en évidence un besoin crucial de mieux comprendre le rôle des normes de genre dans l'influence de l'agencement des filles et de la prise de décision en matière de contraception au sein de MMA. A360 s'est associé à une organisation nigériane locale, le Center for Girls Education (Centre pour l'éducation des filles) pour mettre en œuvre une étude mixte de recherche sur les méthodes qui visait :

i) à comprendre l'environnement et le contexte genre qui influencent la vie des adolescentes mariées dans l'état de Kaduna au Nigéria, et ii) à évaluer l'impact de ce contexte genre sur le parcours de l'utilisateur pour les clients du MMA. Cette recherche a généré un riche corpus de données sur la manière dont les interactions des filles avec le MMA ont été modérées par les normes de genre qui influencent leurs attitudes et déterminent leurs expériences.

Les résultats ont montré que la décision finale concernant la participation d'une fille au MMA était en définitive prise par son mari et que les interactions des maris avec les agents IPCA n'ont pas souvent été d'un grand apport dans la prise en charge de leurs réticences ou méconnaissances.

L'intérêt des filles et de leurs maris pour le programme s'est concentré sur le composant compétences professionnelles. Ils ont fortement approuvé les compétences supplémentaires que leurs femmes ont acquises lors de leur interaction avec le MMA. Les filles qui ont participé au MMA ont souvent partagé ce qu'elles ont appris dans les groupes avec leurs maris (ainsi qu'avec d'autres femmes) et se sont dites satisfaites de la réponse de leur mari. A360 utilisera ces résultats pour continuer à adapter le MMA, surtout en examinant la manière d'engager les partenaires hommes à appuyer l'engagement des filles et la prise de décision en matière de SSR.

« Mon mari ne s'intéressait pas à l'espacement des naissances, mais après avoir rencontré l'agent IPC, il a changé d'avis. Il m'aurait été difficile de le convaincre, mais il écoute les autres hommes. »

Une jeune fille mariée participante au MMA

« Je pensais que mon mari savait tout et que je devais faire tout ce qu'il disait. Après le MMA, j'ai commencé à lui dire ce que je pensais et j'ai été surprise de voir qu'il était enthousiaste. Maintenant, s'il fait quelque chose qui ne m'enchant pas, je peux le lui faire savoir de manière appropriée. »

Une jeune fille mariée participante au MMA

S'adapter à la situation de la COVID-19

Le MMA a adapté ses travaux pour assurer la continuité du programme - la mobilisation et la participation au programme ont été adaptées aux réalités de la vie pendant la pandémie de la COVID-19. La mobilisation, la participation aux cours FLH et la préservation de la santé et de la sécurité des clients A360 ont constitué des défis particuliers, vu les restrictions imposées sur les déplacements et les activités de groupe pendant les périodes de confinement. Des groupes WhatsApp de mentors et de prestataires ont été créés dans chaque État à des fins de communication et de formation. Ces groupes sont en train d'être élargis pour inclure les filles qui consentent à participer à leur groupe d'appartenance. Au sud du Nigéria où le taux de possession du téléphone est plus élevé, les prestataires organisent des cours de formation LLH via WhatsApp, des discussions par SMS et une session de questions-réponses (qui intègre une option permettant d'envoyer des questions personnelles au prestataire). Au nord, où le taux de possession du téléphone est plus faible, les mentors vont plutôt de maison en maison pour sensibiliser les filles et les orienter vers des services. Des précautions supplémentaires au niveau du site sont mises en place notamment une formation sur la prévention et la protection de la COVID-19 via WhatsApp et la distribution d'équipements de protection individuelle (EPI) aux mentors, aux agents IPCA hommes et aux prestataires.

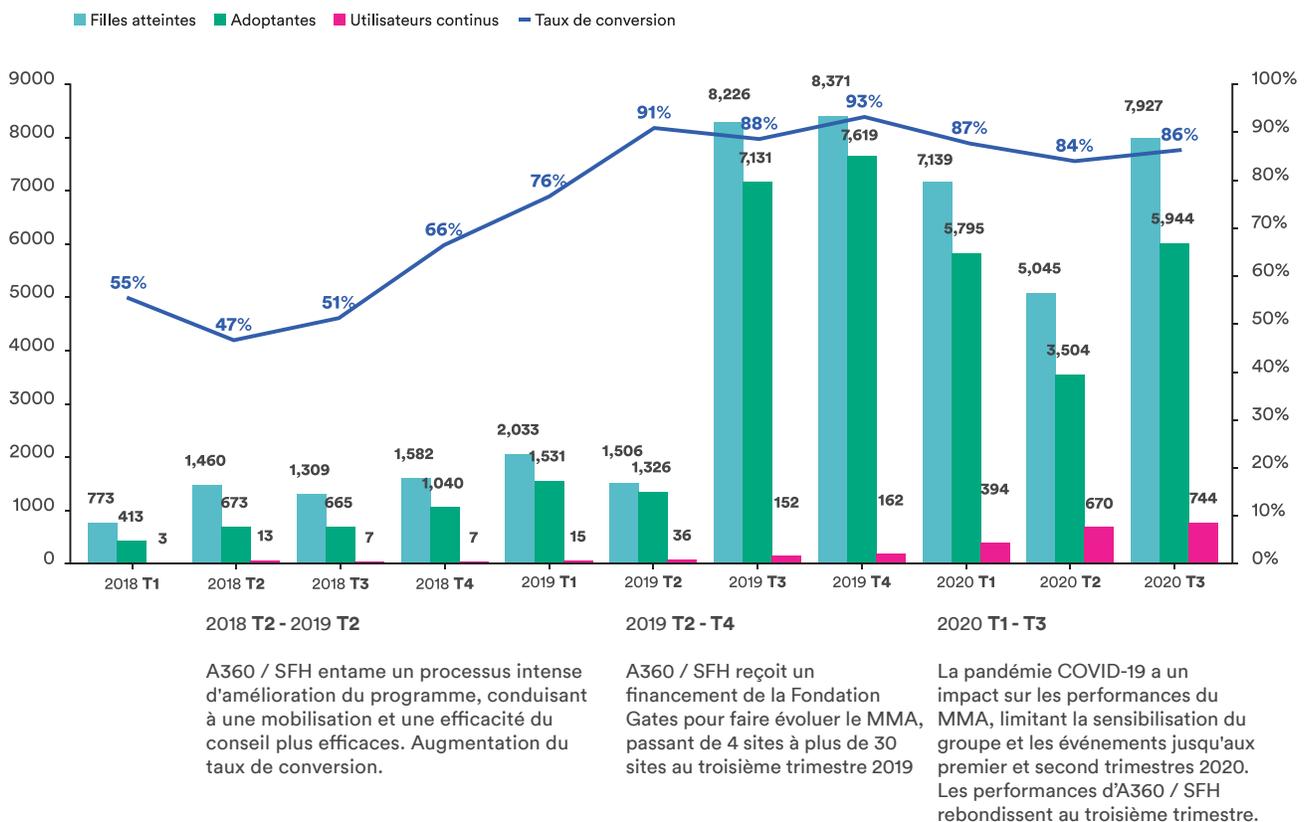
Performance

Le MMA a réussi à rendre la contraception adaptée aux souhaits et aux besoins des filles et de leurs proches. Elle a également amélioré l'accès à des informations et à des services de contraception adaptés aux jeunes. Cela a permis d'augmenter la sensibilisation sur la SSR, son acceptabilité au sein de la communauté et la demande de services contraceptifs notamment la contraception réversible à action prolongée (LARC) : implants et stérilets. Depuis le début de la mise en œuvre, environ 45 300 adolescentes ont participé au programme, que ce soit par le biais d'un groupe de mentorat ou d'une visite dans un établissement partenaire. La SFH a piloté le MMA dans quatre sites en janvier 2018. À partir d'août 2019, le programme a reçu un financement d'un donateur anonyme pour le développer. Le MMA est maintenant opérationnel dans neuf centres et 34 antennes. Au total, 35 641 adolescentes ont volontairement adopté une contraception moderne au sein des sites appuyés par le projet de janvier 2018 à septembre 2020 (**Figure 6**).

Depuis la mise en œuvre lancée en janvier 2018, plus de 40 % des filles qui ont volontairement adopté une méthode contraceptive par le biais de MMA ont choisi une LARC. Les implants et les injectables ont été les méthodes les plus choisies par la plupart des adoptantes. Avec presque deux adoptantes sur cinq ayant choisi un LARC (**Figure 6**), la performance de MMA contraste fortement avec les données de

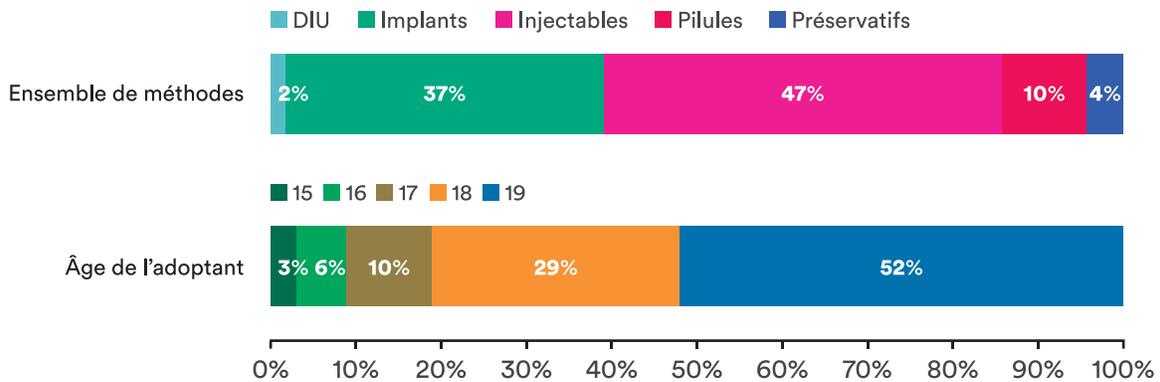
Figure 6. Nombre de filles atteintes par MMA, adoptantes et taux de conversion^{vii}

Indicateurs de performance clés MMA, janvier 2018 - septembre 2020



vii. Le taux de conversion reflète : Nombre total d'adoptantes ÷ Filles éligibles (les filles éligibles étant définies comme étant toutes les filles atteintes moins celles enceintes ou utilisant actuellement une méthode). Dans la Figure 6, cela serait reflété par la barre verte ÷ (barre bleue - barre rose).

Figure 7. Ensemble de méthodes et désagrégation par âge du projet MMA (à ce jour), janvier 2018 - septembre 2020



l'enquête nationale avec seulement environ 4 % d'utilisation de LARC pour les femmes nigérianes mariées âgées de 15 à 49 ans au total (3 % d'implants, 1 % de DIU).²¹ La préférence pour les LARC, en particulier les implants, pourrait même être plus élevée que ce que montrent ces chiffres, car les sites de MMA ont été touchés par les ruptures de stock de LARC dans les États de Nasarawa et de Kaduna. L'utilisation massive des LARC représente également un changement par rapport au début de la mise en œuvre de MMA où environ trois quarts des adoptantes avaient choisi une méthode à action sur le court terme. La majorité des adoptantes de MMA sont des adolescents plus âgés et ont généralement déjà commencé à avoir des enfants. L'augmentation de l'utilisation de LARC parmi les adoptantes de MMA est probablement liée à plusieurs facteurs notamment le renforcement des capacités du secteur public, la formation continue, la supervision de soutien et l'amélioration des protocoles de conseils au niveau des établissements afin de renforcer la confiance des agents dans la prestation de services de LARC et pour remédier aux préjugés des prestataires.

Cela suppose également que A360 s'attaque aux obstacles à l'accès et à la stigmatisation autour des LARC, tout en suscitant l'adhésion et le soutien des filles pour mieux comprendre la pertinence et l'importance de la contraception. Les jeunes prestataires interrogés dans le cadre de l'évaluation du processus du MMA étaient satisfaits de leur rôle, estimaient qu'ils recevaient une formation et un soutien suffisants et ont expliqué comment le programme avait modifié leur attitude quant à la fourniture de services aux adolescentes.

L'analyse faite par Itad, l'évaluateur du processus de A360, a conclu que les filles qui assistent aux séances LFH sont généralement plus jeunes, mais les adolescentes plus âgées (18-19 ans) étaient plus susceptibles d'aller directement en consultation spontanée, contournant ainsi la composante LFH de MMA. Les filles qui participent aux séances LFH ont également beaucoup moins tendance à choisir d'adopter un moyen de contraception que celles qui vont directement au centre. Ces données indiquent que les clientes spontanées ont exprimé plus d'envie d'adopter un moyen de contraception. En revanche, les filles qui participent aux groupes de mentorat semblent donner la priorité aux composantes du programme relatives aux compétences

essentielles et professionnelles. Ceci peut servir à terme de passerelle essentielle pour comprendre que la contraception est importante pour atteindre leurs objectifs dans la vie. Il peut également y avoir des problèmes de confidentialité pour les filles ne souhaitant pas intégrer des groupes en présence de leurs camarades, mais qui retournent plus tard au centre en tant que clientes spontanées.

La parité est également un facteur déterminant dans le choix de participation des filles et de la méthode à adopter. Celles qui n'ont pas d'enfant vivant sont systématiquement les moins susceptibles d'adopter volontairement une méthode probablement en raison de la pression sociale à laquelle sont soumises les adolescentes mariées du nord du Nigéria qui est d'avoir au moins un enfant avant de commencer à utiliser des moyens contraceptifs pour espacer les naissances. Au sein de MMA, les filles ayant deux enfants étaient les plus susceptibles d'adopter une méthode contraceptive suivies de celles avec un enfant. Les filles avec des enfants étaient également plus susceptibles d'adopter une LARC. Lors des entretiens de sortie des clients (CEI, Client exit interviews) menés au début de l'année 2020 avec les participantes au MMA, la majorité des filles interrogées ont déclaré vouloir retarder leur grossesse et près de la moitié d'entre elles déclarant vouloir attendre trois à cinq ans avant de tomber enceinte. Les adolescentes plus jeunes souhaitaient une grossesse plus tôt que les filles plus âgées et celles qui vivent dans un mariage monogame souhaitaient une grossesse plus tôt que celles qui vivent dans un mariage polygame.

Les éléments fondamentaux d'une prise de décision éclairée et volontaire ont été reflétés dans les réponses des filles par rapport à leur expérience des prestations de services. Presque toutes les filles qui ont adopté une méthode à la suite d'une activité de MMA ont déclaré avoir été informées des méthodes alternatives qu'elles pouvaient utiliser, 90 % ont déclaré avoir été informées des effets secondaires et 87 % de la conduite à tenir en cas d'effets secondaires. Quatre filles sur cinq ont déclaré avoir compris qu'elles pouvaient changer de méthode si elles en avaient besoin ou si elles le souhaitaient. Presque toutes les filles interrogées ont déclaré qu'elles prévoyaient de continuer à utiliser la contraception pendant une année entière et ont indiqué qu'elles savaient où aller pour accéder aux services de suivi.

viii. Il a également été noté une baisse du nombre de filles atteintes et adoptant une méthode au cours des trimestres d'après 2020 en raison des confinements et une réduction de la prestation de services en raison de la pandémie COVID-19. L'État de Kaduna a également connu des problèmes de sécurité, ce qui a réduit le nombre de filles participant à des événements et accédant aux services.

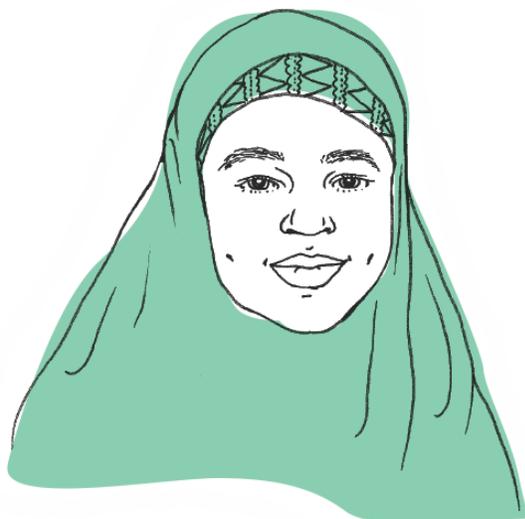
Réflexions, leçons apprises et recommandations

Dans les données d'évaluation du processus de A360, les filles ont systématiquement déclaré qu'elles faisaient confiance et respectaient les mentors de MMA et qu'elles pouvaient parler avec leur mentor avec aisance et confiance. Elles ont eu des interactions sans jugement avec des mentors et se sont senties à l'aise pour discuter de leurs problèmes et préoccupations. Au nord comme au sud du Nigéria, les filles ont déclaré que les séances de mentorat avaient renforcé leur confiance et leur estime personnelle.

Selon les entretiens CEI, après la visite avec un mentor, presque toutes les participantes avaient un objectif spécifique pour leur vie/avenir. Elles pensaient pouvoir atteindre cet objectif et déclaraient se sentir soutenues pour atteindre cet objectif. 80 % de ceux qui avaient un objectif spécifique pour leur avenir ont ensuite volontairement adopté une méthode. Tant l'évaluation du processus que les entretiens CEI ont permis de valider l'importance du soutien, notamment celui émanant des maris des filles pour adopter la contraception et la maintenir dans ce contexte. Les CEI ont montré que 93% des filles ont discuté avec quelqu'un de leur participation au MMA (principalement leur mari) avant de prendre part à une activité ou à une session de conseils avec un prestataire. Parmi ces filles, toutes ont déclaré avoir reçu un soutien pour leur participation au programme. À Nasarawa, il semble que les conseils aient été suffisamment efficaces pour faire bouger lentement les choses et ont modifié les mythes et les idées fausses qui prévalaient sur les effets secondaires chez les filles et leurs maris ; ce qui a permis de dissiper certaines craintes et confusions concernant la contraception.

« Avant, on me disait que toute personne qui prenait des contraceptifs ne donnerait plus naissance, mais maintenant je sais que ce n'est pas vrai ; les contraceptifs servent à espacer les naissances et non à les arrêter. »

Une fille à Nasarawa



Au moment où l'investissement initial d'A360 touche à sa fin, c'est l'occasion de réfléchir sur les enseignements tirés du projet qui peuvent alimenter et renforcer les futurs programmes de SSRA.

Un programme ambitieux

Le volet « compétences professionnelles » du MMA a enthousiasmé et motivé de nombreuses filles (jeunes pour la plupart) à assister aux sessions LFH. La conviction que le MMA était un programme de formation professionnelle a suscité un grand intérêt au moment du recrutement de la part des filles et de leurs influenceurs, étant donné le potentiel perçu du MMA à pouvoir rehausser le statut et le pouvoir de négociation d'une femme au sein du foyer et à accroître sa capacité à contribuer aux dépenses quotidiennes. Un commerçant a déclaré : « Beaucoup d'épouses dépendent entièrement de leur mari pour subvenir à leurs moindres besoins financiers. Cela peut conduire à des abus... Quand une femme apprend un métier, elle a un peu plus de liberté et peut résoudre les petits problèmes sans compter sur son mari. »³⁷ Cela dit, les filles et leurs influenceurs ont demandé davantage de soutien au MMA dans la réalisation de leurs objectifs financiers. Des préoccupations telles que le manque de capital, le manque de temps pour apprendre et pratiquer et une inadéquation entre les compétences acquises et le marché disponible ont souvent empêché les filles d'appliquer les compétences apprises au MMA afin de générer des revenus. La preuve reste faite : l'intersection de la santé sexuelle et reproductive et de l'autonomisation économique des filles offre une opportunité cruciale, à condition qu'on puisse leur offrir ce qu'elles veulent et ce dont elles ont besoin. Il peut y avoir plusieurs options pour retenir les aspects positifs du contenu ambitieux de la MMA tout en ne surestimant pas l'appui que le MMA peut fournir. C'est un point sur lequel A360 réfléchit et s'adapte en conséquence pour la prochaine phase du projet.

Implication des hommes

Reconnaissant le rôle des maris en tant que influenceurs principaux dans la vie des filles, les agents IPCA hommes ont été engagés pour obtenir le soutien des maris en faveur de la participation des filles au MMA. Cette approche présente des avantages. Le soutien des principaux influenceurs est souvent essentiel et valorisé tant dans la décision d'adopter une contraception que dans la capacité à poursuivre l'utilisation de la méthode en particulier dans un contexte où le consentement peut être requis même pour aller dans un établissement de santé. De nombreuses participantes au programme MMA, qui n'ont pas adopté une méthode, ont indiqué que c'est la forte probabilité du refus de leur mari qui a fortement motivé leur décision de ne pas l'adopter. Certaines filles ont adopté une méthode de contraception en secret, à l'insu de leur partenaire, se mettant ainsi en situation de risque potentiel. Pour le MMA, les

maris constituent souvent un obstacle à l'accès des filles à la contraception. Cependant, un partenaire favorable peut également être un facilitateur. Cela justifie clairement la nécessité d'un engagement significatif de la part du partenaire masculin.

A360 a rencontré cette tension particulière - comment impliquer les partenaires masculins de manière constructive tout en reconnaissant l'importance centrale de l'engagement des filles et de la prise de décision volontaire. Étant donné que de nombreux programmes de planning familial ciblent les femmes, elles sont souvent mieux informées sur la SSR que leurs partenaires. Cela souligne l'importance d'accroître les connaissances des partenaires masculins en matière de SSR réduisant ainsi leur susceptibilité à brandir les mythes et les idées fausses pour s'opposer. Idéalement, cette amélioration des connaissances se traduit par un soutien (ou une acceptation) de l'utilisation des contraceptifs par leurs épouses et de la prise de décision en matière de SSR. Selon l'évaluation du genre de MMA, presque tous les maris interrogés ont exprimé leur satisfaction quant à la décision d'intégrer leurs femmes au programme et un certain nombre d'entre eux ont déclaré qu'ils acceptaient désormais l'espace des naissances pour améliorer la santé maternelle et infantile. Le mari dans un couple qui avait eu recours à une forme traditionnelle de contraception dans le passé a déclaré : « *Je vois exactement ce que l'infirmière nous avait dit. La méthode moderne que nous utilisons maintenant est plus fiable. Ma femme n'a eu aucun des effets secondaires graves qui m'inquiétaient auparavant.* »³⁷

Le MMA s'engage dans cet exercice d'équilibre, « en promouvant l'autonomisation par le biais des compétences essentielles et des services de contraception et en utilisant des messages acceptables pour les communautés et les maris dans un contexte où la contraception est stigmatisée et où les maris ont le monopole du pouvoir de décision ». ³⁷ Les discussions avec les agents IPCA hommes comme moyen d'entamer cette conversation avec les hommes sont essentielles, mais pas suffisantes. Les pasteurs et les imams exercent une influence significative sur la communauté et auprès des partenaires masculins des filles. Un travail plus important au niveau de la communauté, par exemple en s'engageant auprès des chefs religieux, pourrait créer un environnement plus favorable au choix d'adopter une méthode de contraception.

Le partenariat avec le Gouvernement, une voie vers la durabilité

Au moment où la première phase de l'A360 se termine et où la phase suivante commence, le projet concentre ses efforts sur la voie de la durabilité. Cela suppose la recherche d'une institutionnalisation de l'ensemble ou de certaines composantes de ses activités au sein des structures publiques. Comme les autres activités de A360, le MMA est mis en œuvre au sein du système public. Le gouvernement du Nigéria reste le principal partenaire de la SFH, le premier niveau d'interaction étant celui étatique, compte tenu du système de gou-

vernement décentralisé du Nigéria. La SFH s'appuie sur les prestataires publics, les formateurs, l'espace de prestation de services dans les établissements publics de santé, ainsi que les produits de bases pour la mise en œuvre du MMA. L'engagement du programme avec les gouvernements des États du nord est particulièrement fort, avec par exemple le financement par le FNUAP d'un projet pilote de MMA dans l'État de Kaduna, dirigé par le gouvernement. En effet, l'expérience de l'A360 jusqu'à présent a renforcé le fait que certaines composantes essentielles qui ont fait ressortir la pertinence de MMA peuvent être menacées lorsqu'il s'agit de donner la priorité à l'intégration, en particulier lorsque les gouvernements n'ont pas la capacité de recruter et de retenir des cadres de prestataires adaptés aux jeunes ou de mettre en œuvre les composantes d'aspiration uniques des interventions de A360. En l'absence de partenariats stratégiques entre les ministères et de renforcement des capacités des acteurs gouvernementaux, l'initiative A360 risque d'être anéantie et de ne plus répondre aux besoins et aux expériences des filles. Cette lutte pour changer fondamentalement la façon dont le gouvernement traite les adolescentes n'est pas spécifique à A360. Les programmes mondiaux de SSRA sont confrontés à ce même problème. L'absence d'une base factuelle solide sur la manière de mettre en œuvre et de maintenir des programmes de SSRA efficaces par le biais des systèmes gouvernementaux est l'une des raisons principales pour lesquelles si peu de programmes de SSRA se sont avérés efficaces. Au moment où A360 poursuit son bonhomme de chemin vers la durabilité, le projet espère apprendre avec la communauté mondiale comment trouver cet équilibre - entre la fidélité au parcours particulier de l'utilisateur de MMA et les adaptations nécessaires pour créer une adéquation pour l'intégration des approches A360 dans les politiques et pratiques publiques.

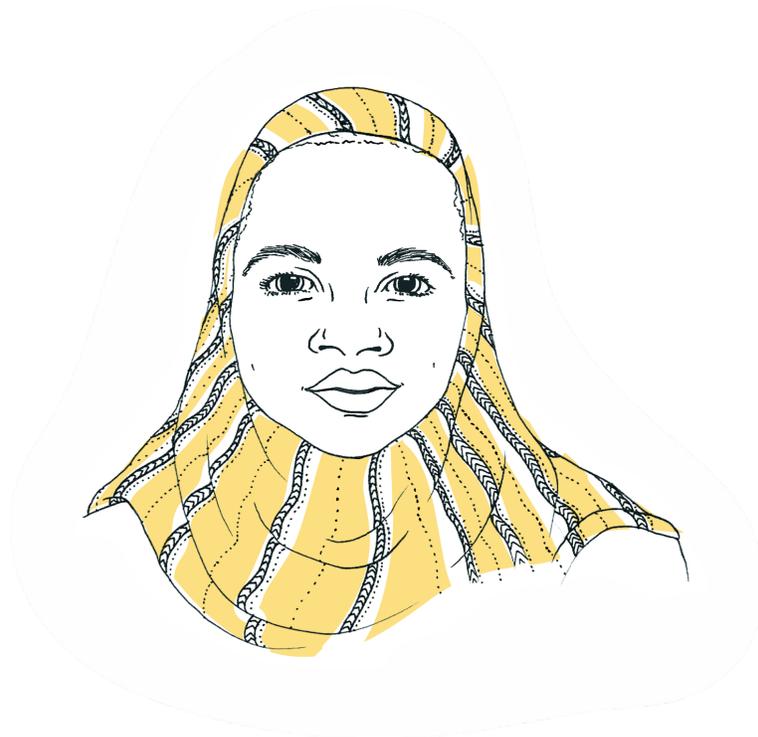
Étapes suivantes

Pendant trois ans de conception et de mise en œuvre, le MMA est resté concentré sur le soutien aux acteurs locaux du système de santé afin de mieux atteindre et satisfaire les besoins de santé sexuelle et reproductive des adolescentes mariées. En reconnaissant et en appuyant les besoins et les aspirations des filles elles-mêmes, notamment les compétences professionnelles et les aptitudes essentielles nécessaires à la recherche d'un avenir stable, les systèmes de santé ont gagné du terrain vers une meilleure couverture contraceptive moderne. Le MMA a travaillé à la promotion d'une approche multisectorielle innovante de la SSRA en partenariat avec les gouvernements fédéraux, étatiques et locaux, les leaders communautaires et les partenaires conjugaux. Il vise à poursuivre le renforcement des capacités locales de mise en œuvre afin de maintenir ce modèle à l'avenir.

Bien que la période d'investissement initiale de A360 ait pris fin en septembre 2020, un financement supplémentaire a été obtenu pour prolonger le programme jusqu'en 2025. Avec cet investissement, le MMA va se concentrer sur trois domaines essentiels : **l'adaptation** des

interventions de A360 pour améliorer l'efficacité ; l'intégration au sein des structures de santé gouvernementales pour soutenir la mise en œuvre ; et **l'apprentissage** et la **contribution à la base de données probantes au niveau mondial** pour faire progresser la SSRA à l'échelle mondiale. A360 continuera à s'efforcer d'offrir des services durables, de qualité et adaptés aux besoins des clientes.

Le projet s'engage à explorer davantage les opportunités intersectorielles qui peuvent répondre aux besoins holistiques des filles et à soutenir les filles et les gouvernements à comprendre comment la contraception peut être un outil efficace pour retarder la première naissance, éviter une grossesse non planifiée et atteindre leurs objectifs individuels et collectifs.



Auteurs contributeurs

Par ordre alphabétique. Les textes en italique indiquent l'auteur.

Alexis Coppola

Meghan Cutherell

Oowo Anita Elabo

Rakiya Idris Labaran

Sara Malakoff

Fifi Ogbondeminu

Joy Otsanya Ede

Oyebukola T. Tomori-Adeleye

Matthew Wilson

Contribution à l'équipe de recherche du Center for Girl Child Education pour les résultats de l'évaluation du genre MMA. Y compris Dr. Daniel Perlman, Mardhiyyah Abbas Mashi, Tessa Fujisaki, Made David, Aminu Bello Gurin, Aisha Abubakar et Hajara Abubakar.

Citation recommandée : Malakoff S, Cutherell M, Coppola A. « Aligning Contraception with Family and Life Goals of Married Adolescent Girls in Northern Nigeria: The Case of Matasa Matan Arewa (MMA). » (2021) Washington, D.C. : Population Services International.

Références citées

1. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *J Adolesc Heal*. 2015;56(1). doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.012
2. Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). *Adolescent Demographics*. data.unicef.org/topic/adolescents/demographics. Publiée en 2019. Consultée le 03 décembre 2020.
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade*; 2014. apps.who.int/iris/handle/10665/112750.
4. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Why invest in adolescent health?* www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/why-invest/en. Publiée en 2020. Consultée le 01 décembre 2020.
5. Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131. doi:10.1016/j.ijgo.2015.02.006
6. Jain A, Ismail H, Tobey E, Erulkar A. Stigma as a barrier to family planning use among married youth in Ethiopia. *J Biosoc Sci*. 2019;51(4). doi:10.1017/S0021932018000305
7. Adams MK, Salazar E, Lundgren R. Tell them you are planning for the future: Gender norms and family planning among adolescents in northern Uganda. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;123(SUPPL.1). doi:10.1016/j.ijgo.2013.07.004
8. Dynes M, Stephenson R, Rubardt M, Bartel D. The influence of perceptions of community norms on current contraceptive use among men and women in Ethiopia and Kenya. *Heal Place*. 2012;18(4). doi:10.1016/j.healthplace.2012.04.006
9. Kane S, Kok M, Rial M, Matere A, Dieleman M, Broerse JE. Social norms and family planning decisions in South Sudan. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1-12. doi:10.1186/s12889-016-3839-6
10. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Married Adolescents: No Place of Safety*; 2006. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593776/en. Consultée le 30 novembre 2020.
11. De Vargas Nunes Coll C, Ewerling F, Hellwig F, De Barros AJD. Contraception à l'adolescence : The influence of parity and marital status on contraceptive use in 73 low-and middle-income countries. *Reprod Health*. 2019;16(1). doi:10.1186/s12978-019-0686-9
12. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Adolescent Pregnancy Fact Sheet*; 2020. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy. Consultée le 30 novembre 2020.
13. Raj A, Boehmer U. Girl Child Marriage and Its Association With National Rates of HIV, Maternal Health, and Infant Mortality Across 97 Countries. *Violence Against Women*. 2013;19(4). doi:10.1177/1077801213487747
14. Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*; 2015. www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf.
15. Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). *Action for Adolescent Health: Towards a Common Agenda*. Organisation mondiale de la santé (OMS) ; 1997.
16. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation*; 2017. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en.
17. Gavin LE, Catalano RF, Markham CM. Positive Youth Development as a Strategy to Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health. *J Adolesc Heal*. 2010;46(3 SUPPL.). doi:10.1016/j.jadohealth.2009.12.017
18. Save the Children. *Beyond the ABCs of FTPs: A Deep Dive into Emerging Considerations for First Time Parent Programs | Resource Centre*; 2019. resourcecentre.savethechildren.net/node/15314/pdf/ftp-tech-brief_print_update-web.pdf
19. Norton M, Chandra-Mouli V, Lane C. Interventions for preventing unintended, rapid repeat pregnancy among adolescents: A review of the evidence and lessons from high-quality evaluations. *Glob Heal Sci Pract*. 2017;5(4). doi:10.9745/GHSP-D-17-00131
20. Département des Affaires Économiques et Sociales de l'ONU (UNDESA). *World Urbanization Prospects: Highlights*; 2018. population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-Highlights.pdf.
21. National Population Commission - NPC/Nigeria and ICF. *Nigeria Demographic and Health Survey 2018*. Abuja, Nigeria, and Rockville, Maryland; 2019. dhsprogram.com/publications/publication-FR359-DHS-Final-Reports.cfm.
22. Roser M, Ritchie H. *Maternal Mortality*. *Our World Data*. 2013. ourworldindata.org/maternal-mortality. Consultée le 30 novembre 2020.
23. Meh C, Thind A, Ryan B, Terry A. Levels and determinants of maternal mortality in northern and southern Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1). doi:10.1186/s12884-019-2471-8
24. PMA2020 *Abortion Survey Results: Nigéria*; 2018. www.pma2020.org/sites/default/files/AbortionModule_Brief_111518.pdf. Consultée le 30 novembre 2020.
25. Mercer LD, Lu F, Proctor JL. Sub-national levels and trends in contraceptive prevalence, unmet need, and demand for family planning in Nigeria with survey uncertainty. *BMC Public Health*. 2019;19(1). doi:10.1186/s12889-019-8043-z
26. PMA2017/Nigeria Adolescents and Young Adults Health Brief | PMA2020. www.pma2020.org/reports/pma2017nigeria-adolescents-and-young-adults-health-brief. Consultée le 03 décembre 2020.
27. Bell SO, Omoluabi E, Olaolorun F, Shankar M, Moreau C. Inequities in the incidence and safety of abortion in Nigeria. *BMJ Glob Heal*. 2020;5(1). doi:10.1136/bmjgh-2019-001814
28. Bureau régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé, ministère fédéral de la santé du Nigéria. *Assessment of Barriers to Accessing Health Services for Disadvantaged Adolescents in Nigeria*; 2019. apps.who.int/iris/handle/10665/324926. Consultée le 30 novembre 2020.
29. PMA2020. *Family Planning Brief: Kaduna, Nigéria*; 2018. www.pma2020.org/sites/default/files/PMA2020-NG-Kaduna-R5-FPbrief.pdf. Consultée le 30 novembre 2020.
30. PMA2020. *Family Planning Brief: Nasarawa, Nigéria*; 2018. www.pma2020.org/sites/default/files/NGR5-Nasarawa-v2-20180928.pdf. Consultée le 30 novembre 2020.
31. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Handbook for Conducting an Adolescent Health Services Barriers Assessment (AHSBA) with a Focus on Disadvantaged Adolescents*; 2019. www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/adolescent-health-services-barriers-assessment/en. Consultée le 30 novembre 2020.
32. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services*; 2012. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en. Consultée le 19 octobre 2020.
33. Guttmacher Institute. *Fact Sheet: Abortion in Nigeria*; 2015. www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-nigeria.pdf. Consultée le 2 septembre 2020.
34. Lane C, Joof YM, Hassan AA, Pryor S. Promoting healthy timing and spacing of pregnancy with young married women in Northern Nigeria: a short report. *Afr J Reprod Health*. 2012;16(2).
35. British Council, Department for International Development (DFID). *Promoting Women's Rights through Sharia in Northern Nigeria*; 2006.
36. Yeager DS, Dahl RE, Dweck CS. Why Interventions to Influence Adolescent Behavior Often Fail but Could Succeed. *Perspect Psychol Sci*. 2018;13(1). doi:10.1177/1745691617722620
37. Perlman DD, Mashi M, Fujisaki T, et al. *Matasa Matan Arewa (MMA) Gender Context, Program Effectiveness, and the User Journey*; 2020.

Adolescents 360 (A360) est une initiative de quatre ans et demi cofinancée par la Fondation Bill & Melinda Gates et la Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance (CIFF). Le projet est dirigé par Population Services International (PSI), en collaboration avec IDEO.org, Center on the Developing Adolescent de l'Université de Californie à Berkeley et Society for Family Health Nigeria. Le projet est mis en œuvre en Éthiopie, au Nigéria et en Tanzanie, en partenariat avec les gouvernements locaux, les organisations locales et les entreprises locales de technologie et de marketing. En Tanzanie, A360 s'appuie l'investissement et le talent de la philanthrope et le penseur en matière de conception (penseuse stratégique) Pam Scott.

a360learninghub.org  [@Adolescents360](https://twitter.com/Adolescents360)

