

La mère-enfant

Face aux défis de la grossesse
chez l'adolescente



UNFPA

état de la population mondiale 2013

L'État de la population mondiale 2013

Le présent rapport a été élaboré par la Division de l'information et des relations extérieures de l'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour la population.

AUTEUR ET CHERCHEUSE PRINCIPALE

Nancy Williamson, PhD, enseigne aujourd'hui à la Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina. Elle a été auparavant directrice du projet YouthNet de l'USAID et du projet pour la jeunesse Basha Lesedi du Botswana financé par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis. Elle a enseigné à Brown University et a travaillé pour le Population Council et pour Family Health International. Elle a vécu en Inde et aux Philippines où elle a mené des travaux dans le cadre de projets de planification familiale. Outre de nombreux articles de recherche érudite, Mme Williamson est également l'auteur de *Sons or daughters: a cross-cultural survey of parental preferences, about preferences for sons or daughters around the world* [Fils ou filles : enquête interculturelle sur les préférences parentales, concernant les préférences pour les fils ou les filles de par le monde].

CONSEILLER À LA RECHERCHE

Robert W. Blum, MD, MPH, PhD, est titulaire de la chaire William H. Gates, Sr., chef du Département de la population, de la famille et de la santé reproductive, et directeur de l'Institut Hopkins pour la santé urbaine à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Le docteur Blum est reconnu sur le plan international pour ses connaissances expertes et ses activités de plaidoyer dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Il a révisé deux livres et rédigé plus de 250 articles, chapitres de livres et rapports. Il est ancien président de la Society for Adolescent Medicine, ainsi président du Conseil du Guttmacher Institute, membre de l'Académie nationale des sciences des États-Unis et consultant auprès de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'UNFPA.

ÉQUIPE CONSULTATIVE DE L'UNFPA

Bruce Campbell
Kate Gilmore
Mona Kaidbey
Laura Laski
Edilberto Loaiza
Sonia Martinelli-Heckadon
Niyi Ojuolape
Jagdish Upadhyay
Sylvia Wong

UNFPA

Pour un monde où toutes les grossesses sont désirées, où tous les accouchements sont sans danger et où tous les jeunes peuvent réaliser leur plein potentiel.

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Rédacteur en chef : Richard Kollodge

Rédacteur associé : Robert Puchalik

Rédactrice et administratrice associée : Mirey Chaljub

Responsable de la diffusion : Jayesh Gulrajani

Maquette : Prographics, Inc.

Photo de couverture : © Mark Tuschman/
Planned Parenthood Global

REMERCIEMENTS

L'équipe de rédaction est reconnaissante des apports, contributions et retours d'information fournis par des collègues de l'UNFPA, notamment Alfonso Barragues, Abubakar Dungus, Luis Mora et Dianne Stewart. Edilberto Loaiza a produit l'analyse statistique qui constitue la base du présent rapport.

Que soient également remerciés nos collègues de l'UNFPA Aïcha El Basri, Jens-Hagen Eschenbaecher, Nicole Foster, Adebayo Fayoyin, Hugues Kone, William A. Ryan, Alvaro Serrano ainsi que de nombreux collègues de bureaux de l'UNFPA de par le monde qui ont élaboré des reportages et qui ont fait en sorte que les voix des adolescentes elles-mêmes s'expriment dans le rapport.

Plusieurs recommandations émises dans le rapport s'appuient sur des recherches de Kwabena Osei-Danquah et de Rachel Snow de l'UNFPA concernant les progrès accomplis depuis l'adoption du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994.

Shireen Jejeebhoy du Population Council a procédé à un examen de la littérature existante et a fourni des textes sur la violence à l'égard des adolescents. Nicola Jones de l'Overseas Development Institute du Royaume-Uni a produit une synthèse des recherches sur les transferts monétaires. Monica Kothari de Macro International a analysé les données des enquêtes démographiques et sanitaires sur la santé reproductive des adolescents. Christina Zampas a dirigé les recherches et la rédaction des points du rapport portant sur les aspects de la grossesse chez l'adolescente relatifs aux droits fondamentaux.

CARTES ET DÉSIGNATIONS

Les désignations retenues et la présentation générale des cartes contenues dans le présent rapport n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'UNFPA concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ni de leurs autorités, non plus que la délimitation de leurs frontières. Une ligne en pointillés représente approximativement la ligne de démarcation au Jammu-et-Cachemire acceptée par l'Inde et le Pakistan. Les parties ne sont pas encore parvenues à un accord définitif sur le statut du Jammu-et-Cachemire.

La mère-enfant

Face aux défis de la
grossesse chez l'adolescente

Avant-propos page ii

Aperçu général page iv

1 Un défi mondial page 1

2 Impact sur la santé, l'éducation
et la productivité des filles page 17

3 Pressions de sources multiples page 31

4 Passage à l'action page 57

5 Cap sur l'avenir page 83

Indicateurs page 99

Bibliographie page 111

Avant-propos

Quand une adolescente tombe enceinte, sa vie présente et son avenir changent radicalement, et rarement pour le mieux : elle peut se voir contrainte de mettre fin à ses études; ses perspectives d'emploi s'évanouissent et sa vulnérabilité à la pauvreté, à l'exclusion et à la dépendance se multiplient.

Nombreux sont les pays qui ont pris position en faveur de la prévention de la grossesse chez l'adolescente, souvent par le biais de mesures de modification du comportement de celle-ci. Ces interventions reposent donc sur la conviction que l'adolescente est responsable de la prévention de la grossesse et sur l'hypothèse qu'elle commet une faute en tombant enceinte.

Ces approches et cette façon de voir les choses sont toutefois inappropriées car elles ne tiennent pas compte des circonstances et des pressions sociales qui se conjuguent à l'encontre des adolescentes et qui font de la maternité un résultat probable de leur passage de l'enfance à l'âge adulte. L'adolescente qui est contrainte de se marier, par exemple, a rarement son mot à dire en matière de procréation, quant au moment de la conception et quant à la fréquence des grossesses. Les initiatives de prévention des grossesses, campagnes de publicité ou programme de distribution de préservatifs, manquent de pertinence à l'égard des filles qui n'ont aucun pouvoir de décision en la matière.

Il convient donc de repenser la problématique de la grossesse chez l'adolescente. Au lieu de considérer cette dernière comme étant le problème et la modification de son comportement comme la solution, les autorités gouvernementales, les communautés, les familles et les institutions d'enseignement devraient considérer la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, la discrimination, le manque d'accès aux services et les points de vue négatifs sur les filles et les femmes

comme le véritable défi, et la poursuite de la justice sociale, du développement équitable et de l'autonomisation des filles comme la voie à suivre pour réduire le nombre de grossesses chez l'adolescente.

Les efforts, et les ressources, de prévention de la grossesse chez l'adolescente se sont généralement concentrés sur les filles de 15 à 19 ans. Or ce sont les filles de 14 ans et moins qui sont les plus vulnérables et les plus à risque de complications et de décès à la suite d'une grossesse. Les institutions nationales de santé, d'éducation et de développement négligent généralement ce groupe des très jeunes adolescentes, ou ne les atteignent pas, du fait qu'elles ont été mariées de force et qu'elles se voient interdire la fréquentation d'établissements scolaires et l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Ces adolescentes ont des besoins immenses et les pouvoirs publics, la société civile et la communauté internationale doivent consentir des efforts supplémentaires pour assurer leur protection, leur santé et leur sécurité au cours du processus qui les mène de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte. Dans la quête de solutions à la problématique de la grossesse des adolescentes, la véritable mesure du succès ou de l'échec des initiatives des pouvoirs publics, des organismes de développement, de la société civile et des communautés nous est donnée par notre aptitude à répondre aux besoins de ce groupe de population négligé.

La grossesse chez l'adolescente est indissociablement liée aux questions des droits de la personne.



L'adolescente enceinte qui, suite à des pressions ou à des contraintes, interrompt ses études se voit nier son droit à l'éducation. La fille à qui il est interdit d'accéder aux moyens de contraception ou même à l'information sur ces moyens se voit nier son droit à la santé. Inversement, la fille qui est capable d'exercer son droit à l'éducation et de poursuivre ses études risque moins de tomber enceinte que son homologue qui les interrompt volontairement ou est contrainte de les interrompre. L'exercice d'un droit lui confère ainsi de meilleures possibilités d'en exercer d'autres.

Du point de vue des droits de la personne, la grossesse chez l'adolescente, peu en importent les circonstances ou les raisons, a pour effet de porter atteinte à ses droits.

Des investissements dans le capital humain sont indispensables pour protéger ces droits; non seulement aident-ils les adolescentes à réaliser leur plein potentiel, mais ils relèvent également de la responsabilité des pouvoirs publics de protéger les droits de celles-ci et de se conformer aux traités et aux instruments ayant trait aux droits de la personne, tels que la Convention relative aux droits de l'enfant, ainsi qu'aux accords internationaux, notamment au Programme d'action de la Conférence internationale

sur la population et le développement de 1994 qui continue de guider les travaux de l'UNFPA de nos jours.

La communauté internationale élabore actuellement un nouveau programme de développement durable qui prendra la relève de la Déclaration du Millénaire et de l'initiative des objectifs du Millénaire pour le développement après 2015. Les pouvoirs publics des pays déterminés à réduire le nombre de grossesses chez l'adolescente devraient également veiller à ce que les besoins, les défis, les aspirations, les vulnérabilités et les droits des adolescentes soient pleinement pris en considération dans ce nouveau programme.

On compte actuellement 580 millions d'adolescentes de par le monde, quatre sur cinq d'entre elles vivant dans les pays en développement. Les investissements effectués aujourd'hui en leur faveur auront pour effet de libérer leur plein potentiel qu'elles pourront mettre à profit pour façonner l'avenir de l'humanité.

Dr Babatunde Osotimehin

Secrétaire général adjoint des Nations Unies
et Directeur exécutif

UNFPA, Fonds des Nations Unies pour la population

▲ *Le Directeur exécutif
avec des pairs
éducateurs en
Afrique du Sud.*
© UNFPA/Rayana
Rassool

Aperçu général

Chaque jour, dans les pays en développement, 20 000 filles de moins de 18 ans mettent un enfant au monde. Le phénomène n'est pas inconnu dans les pays développés, mais il n'a pas la même ampleur.

Dans toutes les régions du globe, les filles pauvérisées, peu éduquées, vivant en milieu rural sont plus susceptibles de tomber enceintes que leurs homologues urbaines plus riches et mieux éduquées. Les filles appartenant à une minorité ethnique ou à un groupe marginalisé, qui disposent de peu de choix et d'opportunités dans la vie ou qui n'ont pas accès aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment aux informations et aux services de contraception, risquent aussi davantage de tomber enceintes.

La plupart des enfants de mères adolescentes, 95 % d'entre eux, naissent dans les pays en développement et neuf de ces naissances sur dix ont lieu au sein d'un mariage ou d'une union.

Quelque 19 % des jeunes femmes des pays en développement tombent enceintes avant l'âge de 18 ans. Dans ces pays, tous les ans, les filles de moins de 18 ans sont 7,3 millions à mettre un enfant au monde, et celles de moins de 15 ans, 2 millions.

Impact sur la santé, l'éducation et la productivité

La grossesse peut avoir des conséquences immédiates et durables sur la santé, l'éducation et le potentiel de gains de l'adolescente. Et elle modifie souvent le cours de toute son existence, ces modifications dépendant de l'âge, précoce ou non, auquel la grossesse survient.

FACE AUX DÉFIS DE LA GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE



- Chaque jour, 20 000 adolescentes accouchent
- Pertes de possibilité d'éducation et d'autres opportunités
- Chaque année, 70 000 adolescentes meurent des suites de complications de la grossesse et de l'accouchement
- Chaque année, 3,2 millions d'adolescentes subissent des avortements dangereux
- Perpétuation de la pauvreté et de l'exclusion
- Déni des droits fondamentaux de la personne
- Impossibilité pour les filles de réaliser leur plein potentiel

Le risque de décès maternel chez les mères de moins de 15 ans dans les pays à bas et à moyen revenu est deux fois plus important que pour les mères plus âgées ; et ce groupe fait face aussi à des taux de fistule obstétricale considérablement plus élevés que les groupes d'âge supérieur.

Quelque 70 000 adolescentes meurent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement dans les pays en développement. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont l'une des principales causes de décès chez les adolescentes les plus âgées du monde en développement.

« J'avais 14 ans... Ma mère et ses sœurs ont commencé à faire la cuisine et mon père m'a demandé ainsi qu'à mes frères et sœurs de nous vêtir de nos plus beaux habits, parce qu'il allait y avoir une fête. Ne sachant pas ce qui se passait, je me suis réjouie comme tout le monde. C'est ce jour-là que j'ai appris que la fête prévue était mes noces et que je devrai partir avec mon mari. J'ai essayé de m'enfuir, mais on m'a rattrapée et je me suis donc retrouvée avec un mari trois fois plus âgé que moi. [...] Ce mariage était censé m'éviter de tomber dans la débauche. Et du jour au lendemain, plus question que j'aille à l'école. Dix mois plus tard, j'avais un bébé dans les bras. Un jour j'ai décidé de m'enfuir, mais j'ai accepté de revenir vivre avec mon mari à condition qu'il me laisse reprendre mes études. Je suis donc retournée à l'école. J'ai trois enfants et je suis en classe de septième. »

Clarisse, 17 ans - Tchad

CAUSES PROFONDES

- Mariage d'enfants
- Inégalité des sexes
- Obstacles à l'exercice des droits de la personne
- Pauvreté
- Violence et contrainte sexuelles
- Politiques nationales limitant l'accès à la contraception et à l'éducation sexuelle adaptée à l'âge
- Manque d'accès à l'éducation et aux services de santé reproductive
- Sous-investissement dans le capital humain des filles

GROSSESSE AVANT 18 ANS

19 %

Environ 19 % des jeunes femmes des pays en développement tombent enceintes avant l'âge de 18 ans

Les adolescentes qui tombent enceintes appartiennent généralement aux ménages à bas revenu et leur état nutritionnel laisse généralement à désirer. Par ailleurs, les problèmes de santé sont plus fréquents si la grossesse survient trop tôt après la puberté.

Les filles qui restent scolarisées plus longtemps risquent moins de tomber enceintes. L'éducation les prépare à l'emploi et à l'obtention de moyens d'existence, accroît leur estime de soi, relève leur statut au sein de leur ménage et de leur communauté et leur permet d'exprimer plus facilement leur opinion sur les questions qui affectent leur existence. L'éducation réduit également la probabilité de mariage précoce et retarde la procréation, ce qui se traduit par une meilleure issue des grossesses. L'abandon des études, pour cause de grossesse ou pour toute autre raison, peut porter atteinte aux perspectives économiques de la jeune fille et lui fermer la porte à d'autres possibilités dans la vie.

Multiples forces se conjuguant contre les adolescentes

On qualifie « d'écologiques » les approches de la grossesse chez l'adolescente qui tiennent compte de la gamme des multiples facteurs qui entrent en jeu

dans ce phénomène et de leurs actions conjuguées dans toute leur complexité. De telles approches ont pour avantage d'aider les pouvoirs publics, les décideurs politiques et les parties prenantes à appréhender les défis à relever et à formuler des interventions plus efficaces qui permettront non seulement de réduire le nombre de grossesses, mais aussi d'éliminer un grand nombre des obstacles qui s'opposent à l'autonomisation des filles, pour faire en sorte que la grossesse ne soit plus une fatalité.

L'un de ces modèles écologiques, élaboré par Robert Blum à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, met en évidence une multitude de contraintes qui se conjuguent contre l'adolescente et qui accroissent la probabilité de la grossesse. Ces nombreuses contraintes agissent à divers niveaux et ont toutes pour effet d'interférer, d'une manière ou d'une autre, avec l'aptitude de l'adolescente à bénéficier de ses droits ou à décider de son avenir. Le modèle tient compte des forces situées au niveau national, telles que les politiques relatives à l'accès des adolescentes à la contraception ou la non-application des lois interdisant les mariages d'enfants, jusqu'à celles qui interviennent au niveau individuel, telles que

PRESSIONS DE MULTIPLES DIRECTIONS ET NIVEAUX

On qualifie « d'écologiques » les approches de la grossesse chez l'adolescente qui tiennent compte de la gamme des multiples facteurs qui entrent en jeu et de leurs actions conjuguées.

Des pressions conjuguées s'exerçant à tous les niveaux pèsent sur les adolescentes et mènent à des grossesses, planifiées ou non. La législation nationale peut empêcher les filles d'accéder à la contraception. Les normes et les attitudes communautaires peuvent leur interdire l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et approuver les violences à l'égard de celles qui passent outre à l'interdiction. Des membres de leur famille peuvent leur marier contre leur gré alors qu'elles ne sont guère en mesure de refuser d'avoir des enfants. L'absence d'éducation sexuelle peut les forcer de se fier à des informations (souvent erronées) fournies par leurs semblables sur la sexualité, la grossesse et la contraception. Leur partenaire peut refuser d'utiliser un préservatif ou leur interdire de recourir à la contraception quelle qu'elle soit.

INDIVIDU

FAMILLE

MILIEU SCOLAIRE/PAIRS

COMMUNAUTÉ

la socialisation des filles et la façon dont celle-ci façonne leurs croyances sur la grossesse.

La plupart des déterminants de ce modèle agissent à plusieurs niveaux. C'est ainsi, par exemple, que les politiques nationales peuvent limiter l'accès des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment à la contraception, et que la communauté ou la famille peuvent s'opposer à ce qu'il soit dispensé aux adolescentes une éducation détaillée en matière de sexualité ou d'autres informations sur les moyens de prévenir les grossesses.

Ce modèle montre que les grossesses chez l'adolescente ne se produisent pas dans le vide mais sont la conséquence d'un ensemble de facteurs imbriqués tels que la pauvreté généralisée, l'acceptation du mariage des enfants de la part des familles et des communautés et l'insuffisance des efforts déployés pour maintenir les filles à l'école.

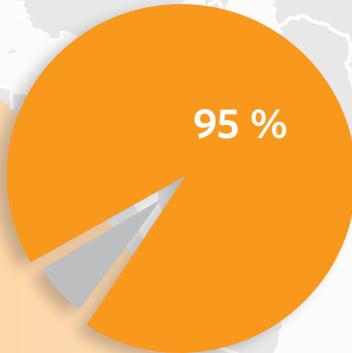
Pour la plupart des adolescentes de moins de 18 ans, et surtout pour celles de moins de 15 ans, la grossesse n'est pas le résultat d'un choix délibéré. Elle est généralement, au contraire, la conséquence d'une absence d'options et de circonstances indépendantes de la volonté des intéressées. Les grossesses

précoces reflètent l'impuissance, la pauvreté et les pressions des partenaires, des pairs, des familles et des collectivités. Et, dans de trop nombreux cas, elles sont le résultat de violences sexuelles ou de coercition. Les filles qui ont peu d'autonomie, surtout dans les mariages forcés, ont peu à dire dans les décisions relatives à la procréation.

La grossesse chez l'adolescente est à la fois une cause et une conséquence de violations de droits. Elle prive l'adolescente de possibilités d'exercer ses droits à l'éducation, à la santé et à l'autonomie que garantissent les traités internationaux tels que la Convention relative aux droits de l'enfant. Et lorsqu'une fille est privée de ses droits fondamentaux, tels que le droit à l'éducation, elle est plus exposée aux risques de grossesse. Selon la définition de la Convention relative aux droits de l'enfant, est considérée comme un enfant toute personne de moins de 18 ans. Pour près de 200 adolescentes, chaque jour, la grossesse précoce aboutit à la violation la plus grave des droits de la personne : la mort.

Les droits des filles sont déjà protégés, sur le papier, par un cadre international normatif qui exige des pouvoirs publics qu'ils prennent des

ENFANTS D'ADOLESCENTES



95 %

95 % des enfants de mère adolescente naissent dans les pays en développement



NATION

mesures qui permettront aux filles de jouir de leurs droits à l'éducation, à la santé et de vivre à l'abri de la violence et de la contrainte. Les enfants ont les mêmes droits de la personne que les adultes, mais il leur est également accordé des protections spéciales pour remédier aux inégalités associées à leur âge.

Le respect des droits reconnus aux filles peut éliminer un grand nombre des facteurs qui contribuent à la grossesse chez l'adolescente et à atténuer l'impact d'un grand nombre des conséquences qui en découlent pour l'adolescente, son ménage et sa communauté.

Relever ces défis au moyen de mesures qui protègent les droits de la personne est d'une importance clé pour rompre le cercle vicieux des violations des droits, de la pauvreté, de l'inégalité, de l'exclusion et de la grossesse chez l'adolescente.

L'application d'une approche des droits de la personne au problème de la grossesse chez l'adolescente exige que l'on œuvre avec les pouvoirs publics pour éliminer les obstacles qui s'opposent à la réalisation de ces droits pour les adolescentes. Cela exige également que l'on s'attaque aux causes sous-jacentes du problème que sont le mariage enfantin, la violence et la contrainte sexuelles, et

le manque d'accès à l'éducation et à la santé sexuelle et reproductive, notamment à la contraception et à l'information. La seule action des pouvoirs publics ne suffit toutefois pas et d'autres parties prenantes et d'autres acteurs concernés par ces obligations, tels que les enseignants, les parents et les dirigeants communautaires, ont eux aussi un rôle important à jouer.

S'attaquer aux causes sous-jacentes

Étant donné que la grossesse chez l'adolescente est le résultat de causes sous-jacentes diverses, sociétales, économiques et autres, la prévention exige l'application de stratégies multidimensionnelles axées sur l'autonomisation des filles et adaptées à certaines populations de filles, en particulier aux filles marginalisées et les plus vulnérables.

De nombreuses actions des pouvoirs publics et de la société civile qui ont réduit la fécondité chez l'adolescente étaient conçues en vue de la réalisation d'autres objectifs, tels que la poursuite de la scolarité des filles, la prévention de l'infection par le VIH ou l'élimination du mariage d'enfants. Ces actions peuvent également accroître le capital humain, diffuser des informations ou inculquer des

FONDEMENTS DU PROGRÈS



AUTONOMISER LES FILLES

Renforcer l'autodétermination des filles et les habiliter à prendre des décisions dans la vie



RESPECTER LES DROITS FONDAMENTAUX DE TOUS

Le respect des droits des adolescentes peut éliminer les facteurs qui contribuent à la grossesse



REMÉDIER À L'INÉGALITÉ DES SEXES

Placer les filles et les garçons sur un pied d'égalité



RÉDUIRE LA PAUVRETÉ

Dans les pays en développement comme dans les pays développés, la pauvreté est un facteur déterminant de la grossesse chez l'adolescente

connaissances qui permettent aux filles de prendre de bonnes décisions, et faire respecter ou protéger les droits fondamentaux de la personne des filles.

Les recherches montrent que la prévention des grossesses non désirées chez l'adolescente exige l'application d'approches holistiques et, vu l'ampleur et la complexité des défis, qu'aucun secteur ou organisation ne peuvent s'y attaquer à eux seuls. Ce n'est que par un travail intersectoriel en partenariat et en collaboration avec les adolescentes elles-mêmes que l'on peut éliminer les obstacles qui s'opposent à leur progrès.

Maintenir les adolescentes sur un parcours de vie sain, et sûr exige des investissements globaux, stratégiques et ciblés visant les multiples sources de leurs vulnérabilités, lesquelles varient en fonction de l'âge, des aptitudes, de la catégorie de revenus, du lieu de résidence et de multiples autres facteurs. Il y faut également entreprendre des efforts délibérés pour prendre en compte la diversité des situations des adolescentes et pour identifier celles qui sont les plus à risque de grossesse et de problèmes de santé reproductive. Ces programmes multisectoriels sont nécessaires pour renforcer les avantages des filles, en matière

de santé, d'éducation et de moyens d'existence, ainsi que pour autonomiser celles-ci par le biais de réseaux d'appui sociaux et pour promouvoir leur statut chez elles, au sein de la famille, dans la communauté et dans leurs relations. Certaines interventions moins complexes mais stratégiques peuvent aussi avoir leur effet, par exemple, des transferts monétaires assortis de conditions en faveur de la poursuite de la scolarisation des filles.

Perspectives d'avenir

Nombre de pays ont pris des mesures visant à prévenir la grossesse chez l'adolescente et, dans certains cas, à fournir des appuis aux adolescentes enceintes. Mais beaucoup des mesures instaurées à ce jour portent principalement sur des modifications du comportement de l'adolescente, sans tenir compte des déterminants et des facteurs sous-jacents, tels que l'inégalité des sexes, la pauvreté, la violence et la contrainte sexuelles, le mariage d'enfants, les pressions sociales, le déni des possibilités d'éducation et d'emploi et les stéréotypes et les attitudes négatives à l'égard des adolescentes; beaucoup négligent également le rôle des garçons et des hommes.

HUIT ÉLÉMENTS POUR RÉUSSIR

1 Filles de 10 à 14 ans

Interventions préventives auprès des jeunes adolescentes

2 Mariage d'enfants

Éliminer le mariage avant 18 ans; prévenir la violence et la contrainte sexuelles

3 Approches multiniveaux

Renforcer les avoirs des filles dans tous les domaines et leur assurer un parcours de vie sain et exempt de dangers

4 Droits fondamentaux

Protéger l'exercice des droits à la santé, à l'éducation, à la sécurité et à la vie à l'abri de la pauvreté

5 Education

Assurer la scolarisation des filles et leur permettre de poursuivre leurs études plus longtemps

6 Rôle des hommes et des garçons

Les aider à contribuer à la solution du problème

7 Éducation sexuelle et accès aux services

Généraliser l'information adaptée à l'âge et fournir des services de santé utilisés par les adolescents

8 Développement équitable

Élaborer un programme de développement post-OMD fondé sur les droits de la personne, l'égalité et la durabilité

« La réalité est que les gens vous jugent très vite. Les gens sont comme ça. Quand on pense qu'après tous vos efforts, [...] tout ce que vous avez fait et subi pour surmonter ces obstacles, pour vous améliorer, [...] les gens ne vous pardonnent pas car ils se souviennent : elle a eu un bébé à l'âge de 15 ans. »

Tonette, 31 ans, enceinte à 15 ans - Jamaïque

Les leçons à retenir des programmes efficaces montrent qu'il faut adopter un changement transformateur et renoncer aux interventions à focalisation étroite ciblant les filles ou la prévention des grossesses, pour adopter des approches plus globales qui accroissent le capital humain des filles, se concentrent sur l'aptitude de celles-ci à prendre des décisions dans les domaines clés de leur existence (notamment en matière de santé sexuelle et reproductive), et offrent de réelles possibilités aux filles de manière à ce que la maternité ne soit plus leur seule et unique option. Ce nouveau paradigme doit tenir compte des circonstances, des situations, des normes, des valeurs et des forces structurelles qui perpétuent la grossesse chez l'adolescente d'une part et qui d'autre part isolent et marginalisent l'adolescente enceinte. Les filles doivent à la fois avoir accès aux services et à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive et être soustraites aux pressions économiques et sociales qui mènent trop souvent à la grossesse, ainsi qu'à la pauvreté, à la mauvaise santé et à la non-réalisation du potentiel humain qui l'accompagnent.

LES AVANTAGES

SANTÉ



AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Retarder les grossesses réduit les risques pour la santé des adolescentes et de leurs enfants.

ÉDUCATION



NOMBRE ACCRU DE FILLES QUI TERMINENT LEURS ÉTUDES

Ceci réduit le mariage d'enfants, retarde la procréation et améliore l'issue de l'accouchement; il en résulte aussi un renforcement des connaissances et un relèvement du statut des filles.

ÉGALITÉ



ÉGALITÉ DES DROITS ET DES CHANCES

La prévention de la grossesse aide les filles à bénéficier de tous les droits fondamentaux.

Il faut déployer des efforts supplémentaires pour atteindre les filles de moins de 15 ans, dont les vulnérabilités et les besoins sont particulièrement grands. Les initiatives de prévention des grossesses chez les adolescentes de plus de 15 ans ou les appuis en faveur de celles de ce groupe d'âge qui tombent enceintes et ont des enfants risquent d'être peu adaptées aux adolescentes très jeunes ou de manquer de pertinence pour elles. Les adolescentes très jeunes ont des vulnérabilités particulières, et l'on a fait trop peu pour comprendre les immenses défis auxquels elles sont confrontées et pour les aider à y faire face.

Les adolescentes qui tombent enceintes ont besoin d'être soutenues et pas d'être stigmatisées. Les pouvoirs publics, les organisations internationales, la société civile, les collectivités, les familles, les dirigeants religieux et les adolescentes elles-mêmes ont tous un rôle important à jouer pour modifier cette situation. Toutes les parties prenantes trouveront avantage à offrir à ces jeunes filles des appuis et des possibilités qui permettront de répondre à leurs espoirs et à leurs aspirations.

L'UNFPA, LES DROITS ET LA GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE

Pour l'UNFPA, dont les travaux sont guidés par le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) le respect, la protection et la réalisation des droits fondamentaux des adolescentes, notamment de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive et en matière de procréation, ont les effets suivants :

- Réduire les vulnérabilités des adolescentes, notamment de celles qui sont les plus marginalisées, par la prise en compte de leurs besoins particuliers;
- Accroître et renforcer la participation de la société civile, des collectivités et des adolescentes elles-mêmes;
- Autonomiser les adolescentes pour leur permettre de poursuivre leurs études et de mener une vie productive et satisfaisante;
- Améliorer la transparence et la responsabilisation;
- Encourager l'instauration de changements sociaux durables étant donné l'impact des programmes axés sur les droits fondamentaux sur les normes et les valeurs, les structures, les politiques et les pratiques.

ÉCONOMIE



PRODUCTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET EMPLOI ACCRUS

Les investissements qui habilent les filles améliorent leurs futurs revenus.

POTENTIEL



RÉALISATION DU PLEIN POTENTIEL DES FILLES

Les adolescentes en bonne santé, éduquées, et capables d'exercer leurs droits ont de meilleures perspectives dans la vie.





1

Un défi mondial

Tous les ans, dans le monde en développement, 7,3 millions de filles de moins de 18 ans mettent un enfant au monde.

© Mark Tuschman/AMMD

J'avais 16 ans et je n'avais jamais été absente un seul jour d'école. Mes études me plaisaient à tel point que je préférais de loin me plonger dans mes livres au lieu de regarder la télé ! Je rêvais d'aller à l'université et de trouver un bon emploi pour pouvoir emmener mes parents loin de la triste mesure où nous vivions.

Et puis un jour, on m'a dit que je devrai renoncer à tout cela, que mes parents m'avaient donnée en échange d'une épouse pour mon frère aîné. Cette pratique d'échange de mariages s'appelle l'atta-satta dans ma communauté. J'étais à la fois triste et en colère. J'ai eu beau plaider auprès de ma mère : mon père avait pris sa décision.

Mon seul espoir était que mon mari me laisserait terminer mes études. Mais il m'a fait un enfant avant même que j'ai 17 ans. Depuis, je ne suis pratiquement plus autorisée à mettre les pieds dehors. Tout le monde sort pour faire des courses, aller au cinéma, assister à des réunions de quartier. Pas moi. Quelquefois, quand je suis seule à la maison, je relis mes vieux manuels scolaires, mon bébé dans les bras, et je pleure. C'est une adorable petite fille, mais on m'en veut de ne pas avoir eu un garçon.

Il faut dire que les choses commencent à changer. J'espère que les coutumes comme l'atta-satta et le mariage d'enfants auront totalement disparu quand ma fille sera grande, et qu'elle pourra terminer ses études et ne se marier que quand elle le voudra. »

Komal, 18 ans - Inde

Tous les ans, dans le monde en développement, 7,3 millions de filles de moins de 18 ans mettent un enfant au monde (UNFPA, 2013) et le nombre de grossesses est encore plus élevé.

La grossesse survient chez l'adolescente à une fréquence variable selon les régions et les pays, au sein des pays et dans les divers groupes d'âge et de revenu. Toutefois, le point commun à toutes les régions est que les filles pauvres qui vivent en milieu rural ou dans une région isolée et qui sont illettrées ou ont peu d'éducation risquent davantage de tomber enceintes que leurs homologues urbaines plus riches et plus éduquées.

Les filles qui appartiennent à une minorité ethnique ou à un groupe marginalisé, qui manquent d'options et d'opportunités dans la vie ou qui n'ont qu'un accès limité, voire nul, aux services et à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception, risquent davantage, elles aussi, de tomber enceintes.

Dans le monde entier, les filles risquent davantage de tomber enceintes lorsqu'elles sont en situation d'exclusion sociale, de pauvreté, de marginalisation et d'inégalité des sexes, lorsqu'elles ne sont pas en mesure de jouir de leurs droits

fondamentaux ou de les exercer, ou lorsque l'accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'information, aux services et aux opportunités économiques est limité.

La plupart des adolescentes qui mettent un enfant au monde, 95 %, vivent dans les pays en développement, et neuf sur 10 d'entre elles sont mariées ou vivent en union de fait (World Health Organization, 2008).

Mères à moins de 18 ans

Quelque 19 % des jeunes femmes des pays en développement sont enceintes avant l'âge de 18 ans (UNFPA, 2013).

Selon les estimations pour 2010, 36,4 millions de femmes des pays en développement âgées de 20 à 24 ans, dont 17,4 millions en Asie du Sud, ont signalé avoir eu un enfant avec l'âge de 18 ans.

Parmi les régions en développement, ce sont l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique du Centre qui ont le plus fort pourcentage (28 %) de femmes

Selon les estimations pour 2010, 36,4 millions de femmes des pays en développement âgées de 20 à 24 ans, dont 17,4 millions en Asie du Sud, ont signalé avoir eu un enfant avant l'âge de 18 ans.

de 20 à 24 ans ayant indiqué avoir eu un enfant avant l'âge de 18 ans.

Les données recueillies dans 54 pays par deux séries d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) effectuées entre 1990 et 2008 et entre 1997 et 2011 font apparaître une légère baisse du pourcentage de femmes de 20 à 24 ans qui ont indiqué avoir eu un enfant avant l'âge de 18 ans, ce pourcentage étant passé d'environ



◀ Le programme Abriendo Oportunidades offre des espaces sûrs, des activités de mentorat, des cours d'éducation et une solidarité aux adolescentes mayas. Il leur ouvre également de nouvelles possibilités dans l'existence.

© Mark Tuschman/UNFPA

23 % à environ 20 %. Les 54 pays couverts par ces enquêtes abritent 72 % de la population totale des pays en développement, à l'exclusion de la Chine.

La comparaison des résultats des EDS et MICS (1997–2008 et 2001–2011) menées dans les 15 pays à « forte » prévalence de grossesses chez les adolescentes (30 % ou plus), met en évidence une réduction dans huit de ces pays. Il est survenu, en revanche, des augmentations dans six pays, qui se trouvent tous en Afrique subsaharienne.

Selon la définition de la Convention relative aux droits de l'enfant, est considérée comme un enfant toute personne de moins de 18 ans. Les adolescentes qui tombent enceintes avant l'âge de 18 ans sont souvent incapables de jouir de leurs droits

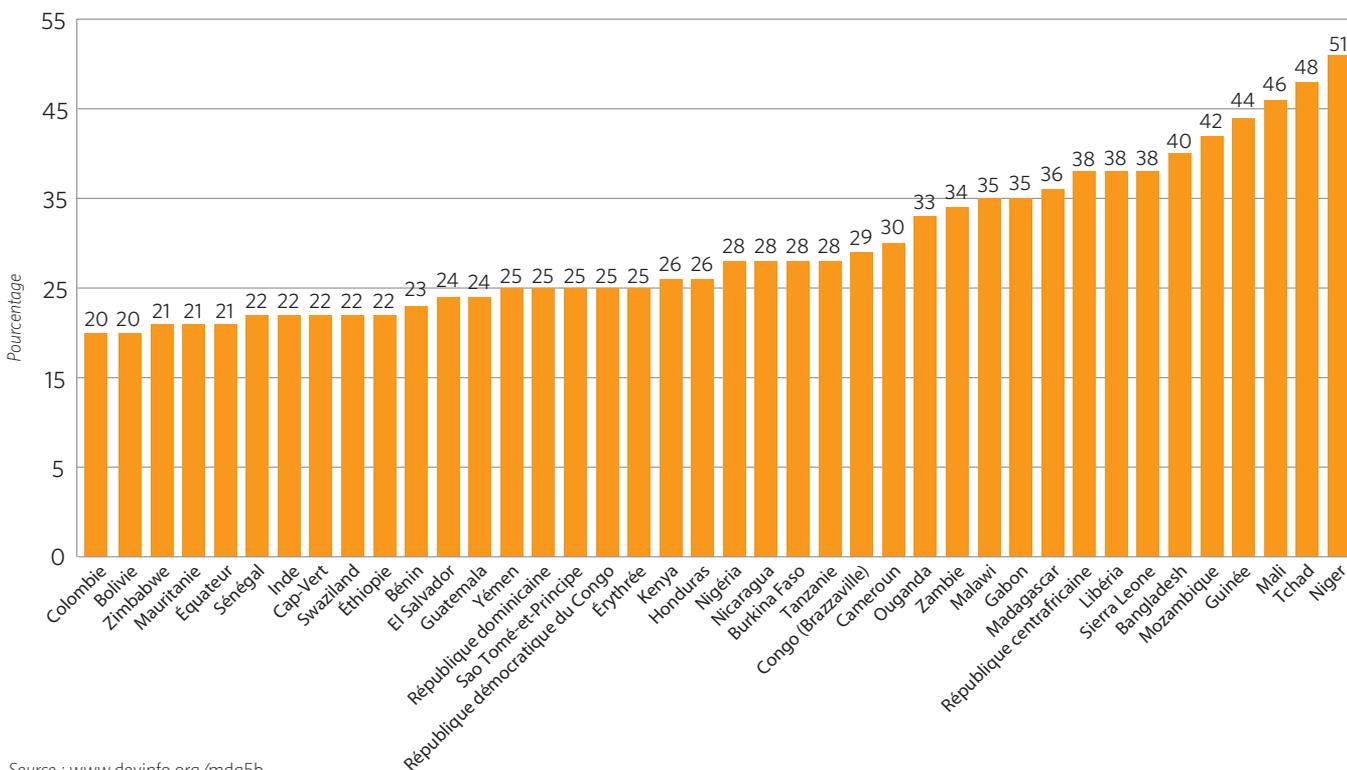
fondamentaux ou de les exercer : droit à l'éducation, à la santé et à un niveau de vie suffisant, et en sont donc privées. Des millions de filles de moins de 18 ans, au sein d'un mariage ou d'une union de fait, se trouvent dans cette situation. Le Comité des droits de l'homme s'est joint à d'autres organismes de surveillance des droits fondamentaux pour recommander une réforme juridique aux fins d'éliminer le mariage d'enfants.

Mères à moins de 15 ans

Les filles de moins de 15 ans comptent pour 2 des 7,3 millions d'adolescentes qui ont un bébé avant l'âge de 18 ans dans les pays en développement.

Selon les enquêtes EDS et MICS, 3 % des jeunes femmes des pays en développement

PAYS OÙ 20 % OU PLUS DES FEMMES DE 20 À 24 ANS SIGNALENT AVOIR MIS UN ENFANT AU MONDE AVANT L'ÂGE DE 18 ANS



Source : www.devinfo.org/mdg5b

déclarent avoir mis un enfant au monde avant l'âge de 15 ans (UNFPA, 2013).

Dans le monde en développement, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique du Centre sont les régions où le pourcentage des accouchements de filles de moins de 15 ans est le plus élevé : 6 %. En revanche, ce pourcentage est le plus faible en Europe de l'Est et en Asie centrale, où il se situe à 0,2 %.

Les données recueillies dans 54 pays par deux séries d'enquêtes EDS et MICS effectuées entre 1990 et 2008 et entre 1997 et 2011 font apparaître une baisse du pourcentage de femmes de 20 à 24 ans qui ont indiqué avoir eu un enfant avant l'âge de 15 ans, ce pourcentage étant passé de 4 % à 3 %. Cette baisse, rapide dans certains pays, est attribuée en grande partie à une réduction du nombre de mariages arrangés très précoces (World Health Organization, 2011b). Cependant, une fille sur 10 a un enfant avant l'âge de 15 ans au Bangladesh, en Guinée, au Mali, au Mozambique, au Niger et au Tchad, pays où le mariage d'enfants est chose courante.

La région Amérique latine et Caraïbes est la seule où le taux de natalité des moins de 15 ans a augmenté, cette tendance étant, selon les projections, appelée à se maintenir dans la région jusqu'en 2030.

On prévoit par ailleurs qu'en Afrique subsaharienne, le taux de natalité des moins de 15 ans doublera pratiquement au cours des 17 années à venir, ce qui fait que d'ici 2030, on comptera dans cette région autant de mères de moins de 15 ans qu'en Asie du Sud.

Les données de première main et qualitatives sur ce groupe de très jeunes adolescentes, celles de 10 à 14 ans, sont rares, incomplètes ou inexistantes pour de nombreux pays, ce qui fait que ces adolescentes et les problèmes auxquels elles font face restent invisibles pour les décideurs politiques.

La rareté des données fiables et complètes tient principalement au fait que les adolescentes de 15 ans sont généralement les plus jeunes à faire partie des enquêtes EDS, qui sont la principale

« Je suis sortie avec mon petit ami pendant un an; il me donnait de l'argent, des vêtements. Quand je suis tombée enceinte, j'avais 13 ans et j'allais encore à l'école. Mes parents ont demandé à mon petit ami de venir vivre chez nous. Il leur a promis de s'occuper de moi, et puis il est parti. Il a arrêté de m'appeler au téléphone et je n'ai plus eu aucun contact avec lui. Après l'accouchement, mes parents ont pris soin de moi et m'ont appris à m'occuper de mon bébé. Tout ce que je veux maintenant, c'est [...] retourner à l'école. Quand j'aurai fini mes études, je pourrai trouver un emploi, comme enseignante par exemple, et passer mon permis de conduire. »

Ilda, 15 ans - Mozambique

source d'information sur les grossesses chez les adolescentes. Il en est ainsi en raison des problèmes éthiques liés au recueil des données sur ce groupe, tout particulièrement sur les questions sensibles touchant à la sexualité et à la grossesse. En conséquence, la plupart des données sur les moins de 15 ans s'obtiennent rétrospectivement, c'est-à-dire en demandant aux femmes de 20 à 24 ans d'indiquer à quel âge elles se sont mariées et quand elles ont fait leur première grossesse ou ont mis au monde leur premier enfant.

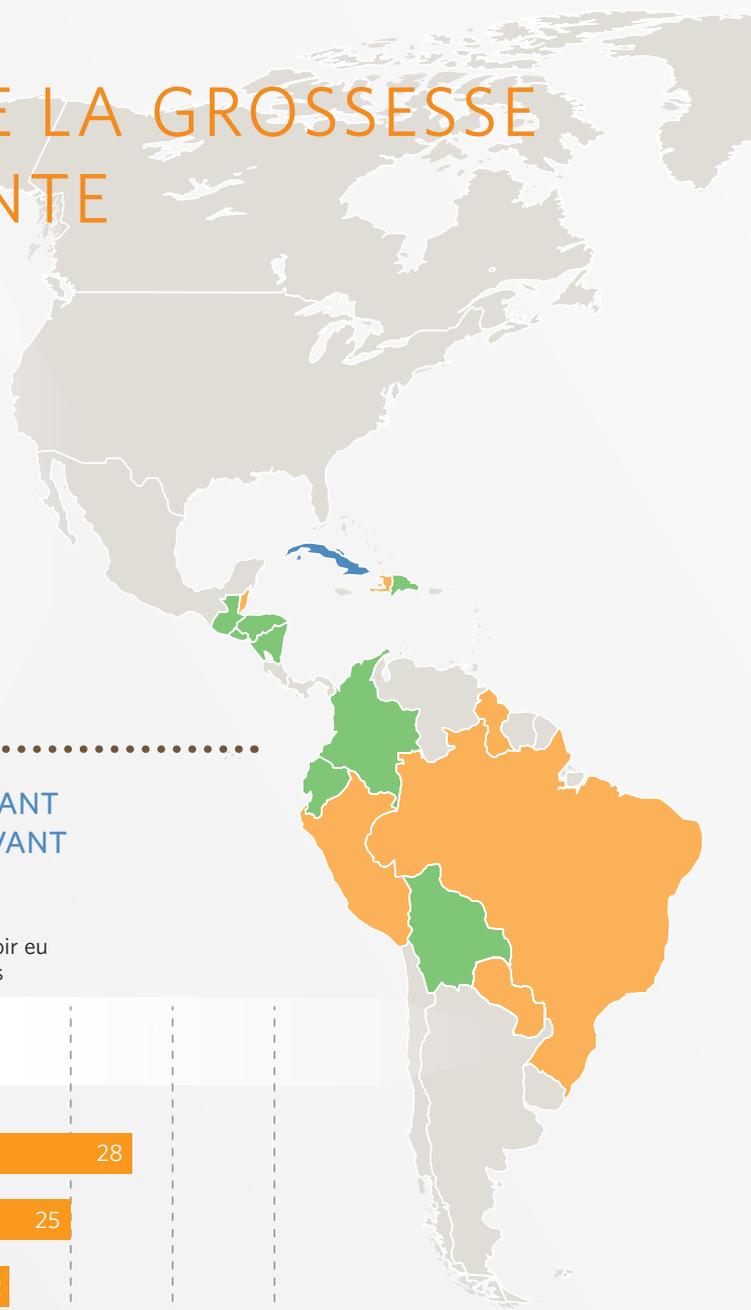
Il est d'une importance primordiale de respecter les plus hautes normes éthiques lors des activités de collecte des données. Les enfants et les adolescents ont besoin de mesures de protection spéciales, d'une part parce qu'ils sont vulnérables à l'exploitation, aux abus et à

FACE AUX DÉFIS DE LA GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE

POURCENTAGE DE FEMMES DE 20 À 24 ANS AYANT SIGNALÉ AVOIR MIS UN ENFANT AU MONDE AVANT L'ÂGE DE 18 ANS (DONNÉES LES PLUS RÉCENTES DE PAYS EN DÉVELOPPEMENT, 1996-2011)

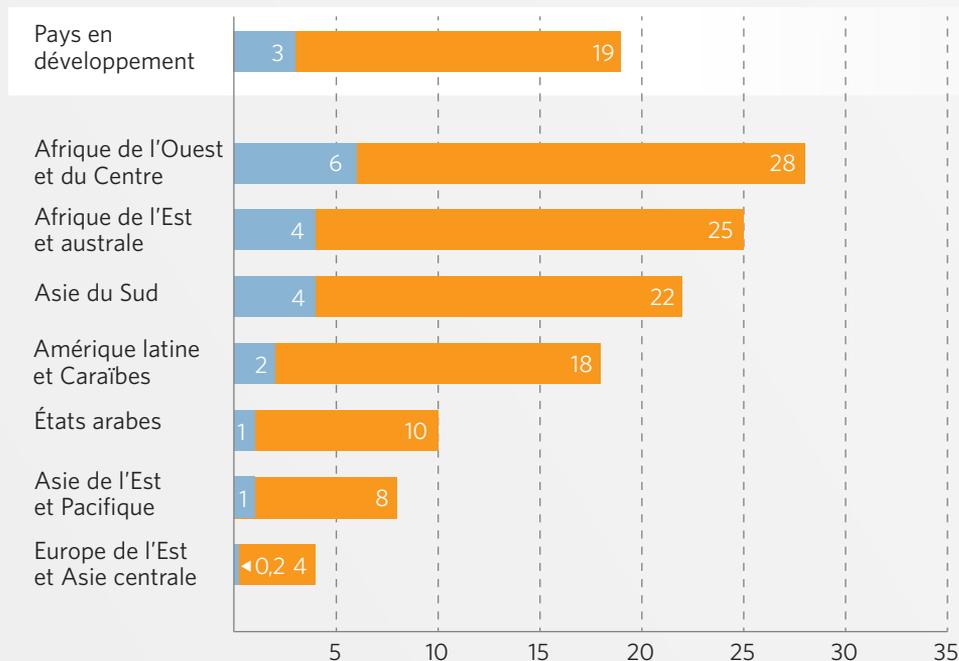
- Moins de 10 %
- 10 % à 19 %
- 20 % à 29 %
- 30 % et plus
- Pas de données ou données incomplètes

Source : www.devinfo.org/mdg5b. Seuls figurent sur la carte les pays où des données ont été recueillies à partir d'enquêtes démographiques et sanitaires ou d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples.

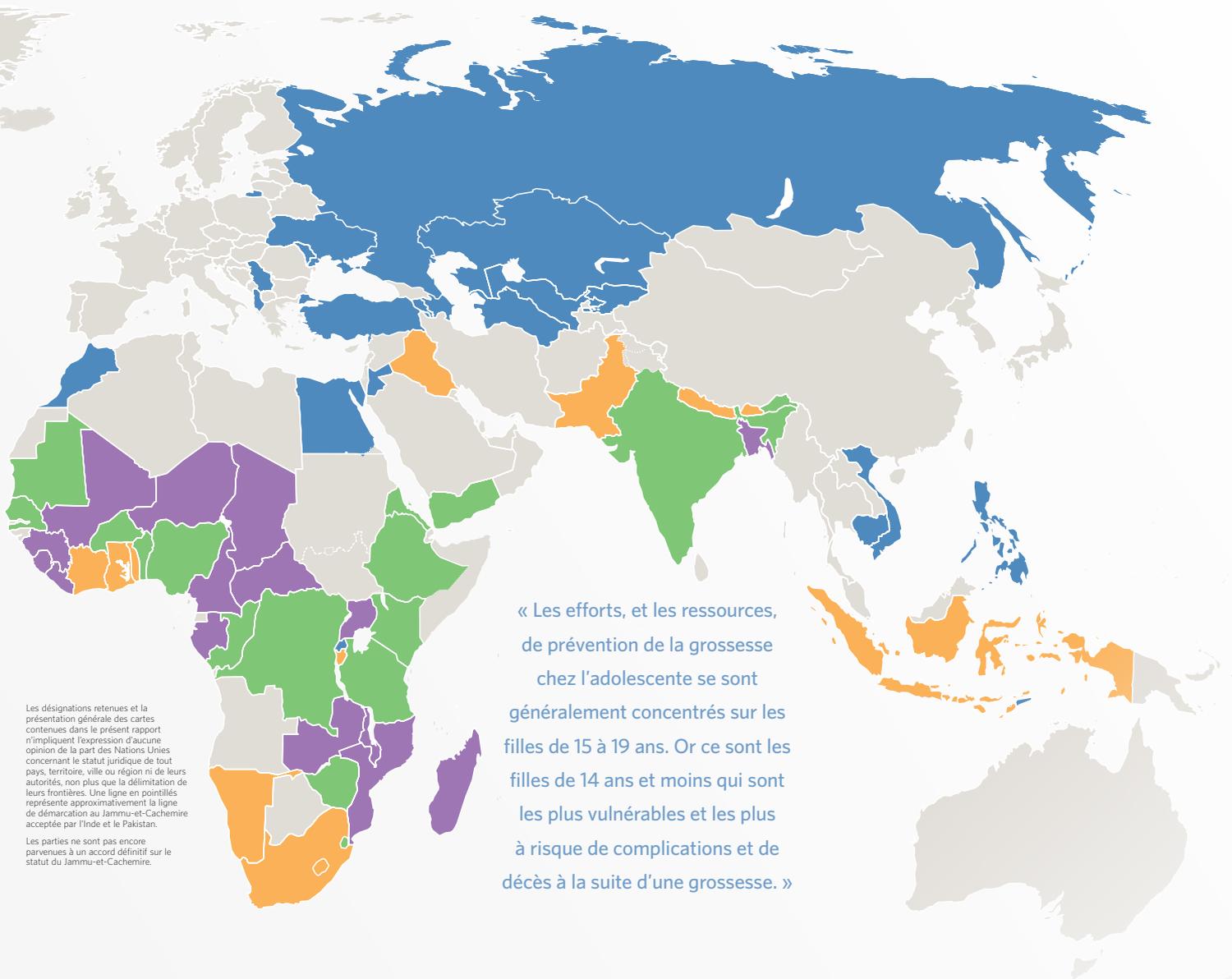


POURCENTAGE DE FEMMES DE 20 À 24 ANS AYANT SIGNALÉ AVOIR MIS UN ENFANT AU MONDE AVANT L'ÂGE DE 18 ANS

- Femmes indiquant avoir eu un enfant avant 15 ans
- Femmes indiquant avoir eu un enfant avant 18 ans

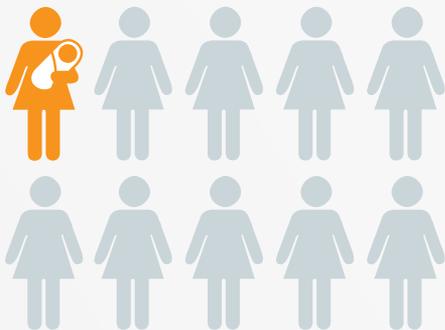


Source : UNFPA, 2013. Calculs basés sur les données de 81 pays représentant plus de 83 % de la population couverte dans ces régions; données recueillies entre 1995 et 2011.



Les désignations retenues et la présentation générale des cartes contenues dans le présent rapport n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part des Nations Unies concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ni de leurs autorités, non plus que la délimitation de leurs frontières. Une ligne en pointillés représente approximativement la ligne de démarcation au Jammu-et-Cachemire acceptée par l'Inde et le Pakistan.

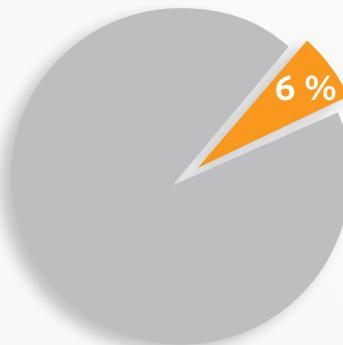
Les parties ne sont pas encore parvenues à un accord définitif sur le statut du Jammu-et-Cachemire.



UNE FILLE SUR 10

a eu un enfant avant l'âge de 15 ans au Bangladesh, en Guinée, au Mali, au Mozambique, au Niger et au Tchad.

NAISSANCES AVANT L'ÂGE DE 15 ANS



Dans le monde en développement, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique du Centre sont les régions où le pourcentage des accouchements de filles de moins de 15 ans est le plus élevé : 6 %.

« J'avais 12 ans quand un homme est venu demander ma main à mes parents. Ils m'ont dit de l'épouser et, après un certain temps, je suis tombée amoureuse de lui. J'ai deux frères plus âgés que moi et ils ont fait des études tous les deux, mais mes parents ne m'ont jamais envoyée à l'école. Je ne sais pas pourquoi. Peut-être parce que je suis une fille et qu'ils savaient que je me marierais plus tard. J'ai eu mon premier enfant à l'âge de 13 ans. Ce n'est pas normal, mais c'est arrivé comme ça. J'ai eu des difficultés à l'accouchement mais tout s'est bien passé. J'ai trois filles et je suis enceinte pour la quatrième fois. »

Marielle, 25 ans, enceinte à 13 ans - Madagascar

d'autres situations préjudiciables et parce qu'ils ont d'autre part moins de pouvoir que les adultes. On recueille depuis longtemps des informations sur la scolarité et sur le bien-être général des jeunes adolescent(e)s, mais la plupart des chercheurs évitent les sujets délicats, en raison de normes sociales relatives aux comportements appropriés en fonction de l'âge, ou de préoccupations éthiques concernant les effets néfastes potentiels de la recherche ou de doutes quant à la validité des réponses des membres de ce groupe d'âge (Chong et al., 2006).

Dans un rapport sur les données des enquêtes EDS concernant les adolescent(e)s de 10 à 14 ans, Le Population Council a souligné la nécessité de faire des recherches sur les repères importants du passage de l'enfance à l'adolescence et a noté : « Ce que nous apprenons principalement de l'examen des données de ces enquêtes démographiques et sanitaires sur les très jeunes adolescent(e)s, c'est

que nous n'en savons pas grand-chose » (Blum et al., 2013).

Certains chercheurs s'interrogent sur la capacité cognitive des très jeunes adolescent(e)s et sur leur aptitude à répondre à des questions qui exigent une évaluation réfléchie des obstacles auxquels ils font face ou des conséquences potentielles d'actions futures. D'autres considèrent que la stigmatisation liée à l'activité sexuelle prémaritale chez les filles est trop forte pour que l'on puisse obtenir des informations exactes (Chong et al., 2006).

Variations de la natalité au sein des pays

Les taux de natalité chez les adolescentes varient souvent au sein d'un même pays, en fonction de diverses variables telles que la pauvreté ou la prévalence locale du mariage d'enfants. Le Niger, par exemple, se classe au premier rang mondial pour la natalité chez les adolescentes et le mariage d'enfants, mais les filles de la région de Zinder sont trois fois plus susceptibles d'avoir un enfant avant l'âge de 18 ans que leurs homologues de Niamey, la capitale. La région de Zinder est pauvre, à prédominance rurale; la malnutrition y est répandue et l'accès aux soins de santé limité.

L'analyse des données recueillies au moyen des enquêtes EDS et MICS dans 79 pays en développement de 1998 à 2011 révèle que les taux de natalité chez les adolescentes sont plus élevés en milieu rural, chez les adolescentes non éduquées et dans le quintile des 20 % des ménages les plus pauvres.

Les variations au sein d'un même pays peuvent résulter non seulement de différences de revenu mais aussi des inégalités d'accès à l'éducation et aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris aux moyens de contraception, de la prévalence du mariage d'enfants, des coutumes locales et des pressions sociales et de lois et politiques inappropriées ou mal appliquées.

Une bonne compréhension de ces différences peut aider les décideurs à formuler des

interventions adaptées aux besoins divers des communautés de différentes régions du pays.

Grossesses et naissances chez les enfants mariés

Malgré l'engagement quasi universel d'éliminer le mariage d'enfants dans les pays en développement (à l'exclusion de la Chine), une fille sur trois est mariée avant l'âge de 18 ans (UNFPA, 2012).

La plupart de ces filles sont pauvres, peu éduquées et vivent en milieu rural. On estime qu'au cours de la décennie à venir, il y aura 14 millions de mariages d'enfants dans les pays en développement.

Les taux de natalité chez les adolescentes atteignent leur niveau le plus élevé quand le mariage d'enfants est le plus répandu, et les

mariages d'enfants sont généralement plus fréquents dans les situations de pauvreté extrême. La prévalence du mariage d'enfants présente d'amples variations selon les pays, allant de 2 % en Algérie à 75 % au Niger, lequel se classe au 5e rang mondial à partir du bas pour le revenu national brut par habitant (World Bank, 2013).

Bien que le nombre de mariages d'enfants soit en baisse chez les filles de moins de 15 ans, 50 millions de celles-ci risquent sans doute encore d'être mariées durant la présente décennie.

De nos jours, dans les pays en développement, une fille sur neuf est contrainte de se marier avant l'âge de 15 ans. Au Bangladesh, au Niger et au Tchad, plus d'une fille sur trois est mariée avant son 15e anniversaire. La proportion est d'une fille sur six en Éthiopie.



◀ Usha Yadav, 16 ans, chef de classe du programme *Choisis ton avenir*, appuyé par l'UNFPA-Népal, qui enseigne aux filles des notions sur la santé et les encourage à acquérir des aptitudes à la vie pratique..

©William Ryan/UNFPA

« Le monde est brusquement devenu un lieu solitaire. Je me sentais exclue de ma famille et de la communauté. Je n'étais plus à ma place en tant que fille et je n'y étais pas non plus en tant que femme. »

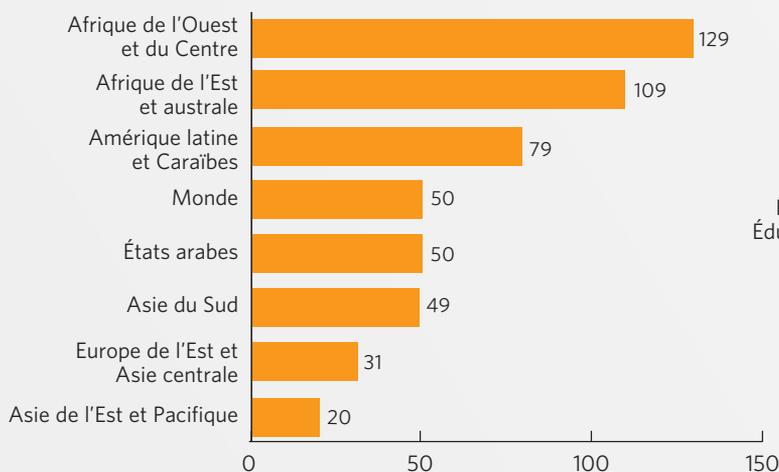
Tarisai, 20 ans, enceinte à 16 ans - Zimbabwe

Les différences d'âge entre conjoints influent également sur les taux de grossesse chez l'adolescente. Un examen de quatre pays effectué par l'UNFPA a permis de constater que plus la différence d'âge est grande, plus grande aussi est la probabilité de grossesse avant l'âge de 18 ans (United Nations, 2011a).

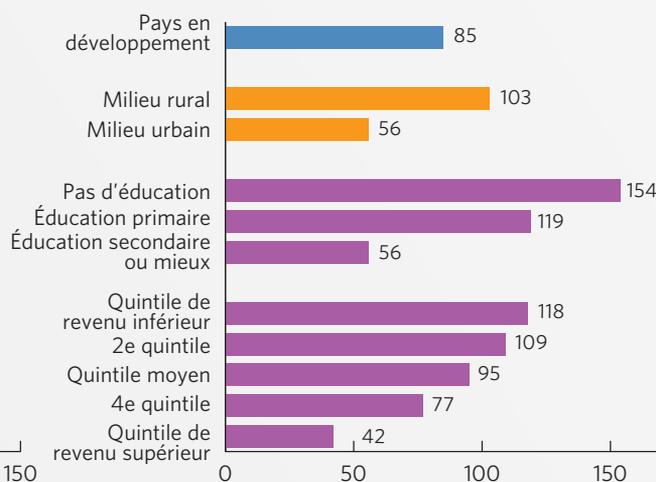
Dans les pays où les femmes tendent à se marier jeunes, la différence d'âge moyen au mariage (AMM) entre les hommes et les femmes est généralement élevée. Les trois pays où l'âge moyen au mariage des femmes était le plus bas en 2008 étaient le Niger (17,6 ans), le Mali (17,8 ans) et le Tchad (18,3 ans). Dans ces trois pays, la différence de l'âge moyen au mariage entre les conjoints était d'au moins six ans. L'âge moyen au mariage est la durée moyenne de vie non mariée chez les personnes de 15 à 49 ans (United Nations, 2011a).

TAUX DE NATALITÉ PARMIS LES ADOLESCENTES (DONNÉES DE 79 PAYS)

Par région



Selon les caractéristiques socioéconomiques



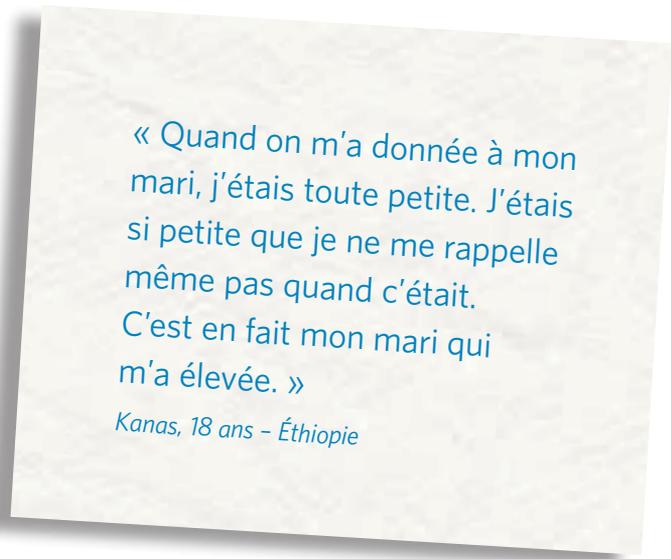
Source : UNFPA, 2013.

Défis dans les pays développés également

Les grossesses surviennent chez les adolescentes aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Les niveaux présentent des différences notables, mais les déterminants sont semblables.

Sur les 13,1 millions d'enfants mis au monde par des mères de 15 à 19 ans dans le monde, 680 000 naissent dans les pays développés (United Nations, 2013). Dans ce groupe de pays, c'est aux États-Unis que le taux de fécondité chez les adolescentes est le plus élevé. Selon les Centres de Contrôle et de Prévention des Maladies des États-Unis (Centers for Disease Control and Prevention,) 329 772 naissances ont été déclarées en 2011 chez des adolescentes de 15 à 19 ans.

Parmi les États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques



FEMMES DE 20 À 24 ANS SIGNALANT EN 2010 AVOIR EU UN ENFANT AVANT L'ÂGE DE 18 ANS ET AVANT L'ÂGE DE 15 ANS ET PROJECTIONS JUSQU'EN 2030

◆ Asie du Sud ■ Afrique subsaharienne ● Amérique latine et Caraïbes

Avant l'âge de 18 ans



Avant l'âge de 15 ans



Source : www.devinfo.org/mdg5b

POURCENTAGE D'ADOLESCENTES MARIÉES ET TAUX DE NATALITÉ DES ADOLESCENTES

Régions en développement	Filles de 15 à 19 ans	
	Actuellement mariées (en %)	Taux de natalité des adolescentes
États arabes	12	50
Asie et Pacifique	15	80
Asie de l'Est et Pacifique	5	50
Asie du Sud	25	88
Europe de l'Est et Asie centrale	9	31
Amérique latine et Caraïbes	12	84
Afrique subsaharienne	24	120
Afrique de l'Est et australe	19	112
Afrique de l'Ouest et du Centre	28	129
Pays en développement	16	85

Source : United Nations, 2011; United Nations, 2012; www.devinfo.org/mdg5b

POURCENTAGE DE FEMMES AYANT EU LEUR PREMIER ENFANT AVANT L'ÂGE DE 18 ANS, PAR DIFFÉRENCE D'ÂGE ENTRE LES CONJOINTS

Différences d'âge entre les deux conjoints	Niger	Burkina Faso	Bolivie	Inde
Femme plus âgée que son conjoint ou jusqu'à 4 ans plus jeune	39,9	21,5	29,7	21,6
Femme plus jeune que son conjoint de 5 à 9 ans	60,1	34,4	41,5	32,3
Femme plus jeune que son conjoint d'au moins 10 ans	59,0	38,5	45,8	39,1
Total	56,8	33,4	34,7	28,5

Source : United Nations, 2011a.

qui comprend un certain nombre de pays à revenu intermédiaire, le Mexique a le taux de fécondité le plus élevé (64,2 sur 1 000 naissances) chez les adolescentes de 15 à 19 ans et la Suisse le taux le plus bas, avec 4,3. Tous les pays de l'OCDE à l'exception de Malte ont vu leur taux de grossesse chez l'adolescente diminuer de 1980 à 2008.

Conclusion

La plupart des grossesses chez les adolescentes surviennent dans les pays en développement.

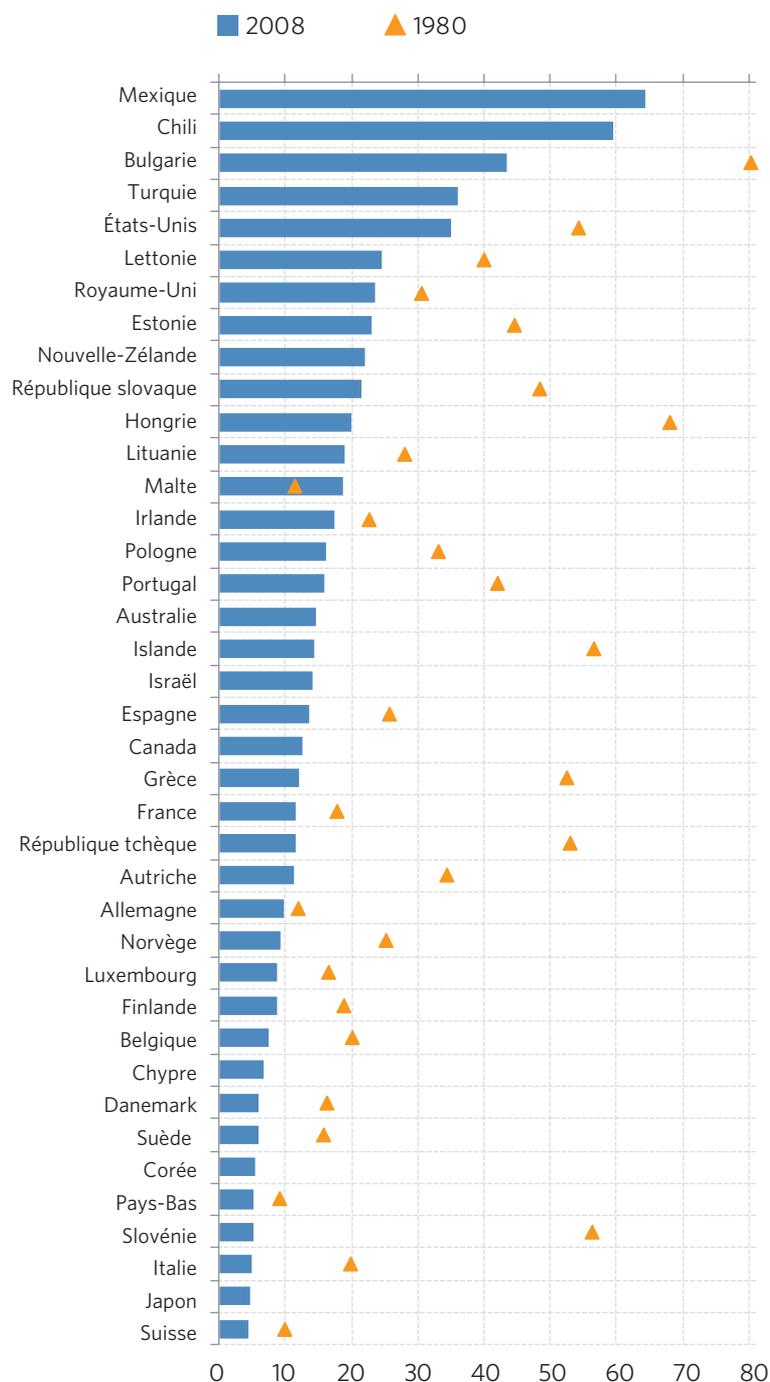
Les données recueillies dans 54 pays en développement indiquent une diminution de la fréquence de ces grossesses, principalement chez les filles de moins de 15 ans, mais cette diminution a été lente ces dernières années. Dans certaines régions, on prévoit une augmentation du nombre total de filles qui auront un enfant. En Afrique subsaharienne, par exemple, si les tendances actuelles se maintiennent, on s'attend à ce que le nombre de filles de moins de 15 ans qui enfanteront passera de 2 millions par an de nos jours à environ 3,3 millions par an en 2030.

Dans les pays en développement et les pays développés, la grossesse chez l'adolescente est plus susceptible de survenir chez les filles issues des ménages à faible revenu, ayant des niveaux d'éducation inférieurs et vivant en milieu rural.

On dispose de données rétrospectives sur les grossesses chez les adolescentes de 10 à 14 ans ainsi que chez celles de 15 à 19 ans, mais on connaît bien mieux la situation de ce dernier groupe étant donné que les enquêtes auprès des ménages les atteignent directement.

Les données sur les grossesses ou les naissances extramatrimoniales sont particulièrement rares. Elles sont cependant d'une importance primordiale pour bien appréhender les déterminants de la grossesse au sein de ce groupe, les difficultés et les vulnérabilités des membres du groupe, l'impact qui en résulte sur leur existence et les mesures que les pouvoirs publics, les collectivités et les familles pourraient prendre pour contribuer à prévenir les grossesses ou pour appuyer les adolescentes déjà enceintes ou ayant déjà accouché.

TAUX DE FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES DANS LES PAYS DE L'OCDE EN 1980 ET 2008



Source : <http://www.oecd.org/social/soc/oecdfamilydatabase.htm>

ADOLESCENTS ET ENFANTS : DÉFINITIONS ET TENDANCES

Bien que les Nations Unies définissent l'adolescent comme toute personne de 10 à 19 ans, la plupart des statistiques et des estimations comparables sur le plan international dont on dispose sur les grossesses ou les accouchements chez les adolescentes ne couvrent qu'un segment de la cohorte, à savoir celui des adolescentes de 15 à 19 ans. On dispose de considérablement moins d'informations sur le segment des adolescentes de 10 à 14 ans, lequel est cependant celui dont les besoins et les vulnérabilités sont peut-être les plus grands.

Selon la définition de la Convention relative aux droits de l'enfant, toute personne de moins de 18 ans est un enfant. Le présent rapport se concentre sur les grossesses et les naissances chez les enfants, mais doit souvent se fier à des données concernant la cohorte plus nombreuse des adolescentes. Les données sur les enfants (moins de 18 ans) qui tombent enceintes sont plus limitées et ne couvrent qu'un peu plus d'un tiers des pays du monde.

LES ADOLESCENTS, VASTE POPULATION DE PLUS EN PLUS NOMBREUSE

En 2010, on estimait à 1,2 milliard d'individus la population adolescente mondiale, ce groupe n'ayant jamais été aussi nombreux dans l'histoire de l'humanité. Les adolescents constituent environ 18 % de la population mondiale. Quatre-vingt-huit pour cent d'entre eux vivent dans les pays en développement et environ la moitié des adolescentes (49 %) vit dans six pays seulement : la Chine, les États-Unis, l'Inde, l'Indonésie, le Nigéria et le Pakistan.

Si les tendances démographiques actuelles se maintiennent, près d'une adolescente sur quatre vivra d'ici 2030 en Afrique subsaharienne, où le nombre total de mères de moins de 18 ans passera, selon les projections, de son niveau de 10,1 millions en 2010 à 16,4 millions en 2030.

Le parcours de vie de chaque adolescente enceinte dépend toutefois non seulement de son âge, mais aussi de son lieu de résidence, de son degré d'autonomisation par les droits et les opportunités, et de l'accès qu'elle a aux soins de santé, à l'éducation et aux ressources économiques. L'impact de la grossesse est très différent sur une adolescente de 14 ans, mariée, vivant en milieu rural et sur une adolescente de 18 ans, célibataire, vivant en milieu urbain ou ayant accès à un soutien familial et à des ressources financières.

Des données plus détaillées et des informations contextuelles sur les modèles, les tendances et les circonstances de la grossesse chez les adolescentes de moins de 18 ans (et tout particulièrement sur la cohorte des adolescentes de 10 à 14 ans) permettraient de jeter les bases d'un ciblage des interventions, de la formulation des politiques et d'une compréhension affinée des causes et des conséquences, qui sont complexes et pluridimensionnelles et qui s'étendent bien au-delà du petit monde de l'adolescente enceinte. Par ailleurs, tout aussi limitées et tout aussi importantes sont les données et les informations sur les hommes et les garçons qui sont les pères des enfants des adolescentes.

La grossesse chez l'adolescente n'est pas un problème qui se pose exclusivement dans les pays en développement : il en survient aussi chaque année des centaines de milliers dans les pays à revenu élevé et intermédiaire. Et certains modèles vus dans les pays en développement se retrouvent dans les pays développés : les filles qui vivent en milieu rural dans des ménages à faible revenu, qui ont peu d'éducation ou ont interrompu leurs études, ou qui appartiennent à des minorités ethniques, à des groupes d'immigrants ou à des sous-populations marginalisées, sont plus susceptibles de tomber enceintes. En revanche, dans les pays en développement, la plupart des grossesses chez les adolescentes surviennent dans un contexte matrimonial alors qu'elles se situent de plus en plus dans un contexte extramatrimonial dans les pays développés.

ESTIMATION DE LA GROSSESSE ET DES TAUX DE NATALITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES

Les données précises sur les grossesses chez les adolescentes sont rares. Les systèmes d'état civil recueillent des informations sur les naissances, pas sur les grossesses, lesquelles, contrairement aux naissances, ne sont généralement pas déclarées ni agrégées par les institutions nationales de statistique. Certaines grossesses se terminent très tôt, avant que la femme ou l'adolescente sache qu'elle est enceinte. Les grossesses peuvent ne pas être documentées dans les pays en développement du fait que les adolescentes n'ont souvent pas accès aux soins prénatals ou ne veulent pas aller en consultation, de sorte qu'elles échappent à l'attention des prestataires de soins de santé. Les grossesses qui se terminent par un avortement spontané ou provoqué (souvent pratiqué illégalement et clandestinement) sont elles aussi absentes de la plupart des bases de données nationales.

En conséquence, la plupart des pays utilisent les informations sur les naissances en tant qu'indicateur de substitution pour déterminer la prévalence de la grossesse chez les adolescentes. Les estimations des taux de natalité sont invariablement inférieures aux taux de grossesse. C'est ainsi, par exemple, que selon une étude de 2008, le taux des grossesses chez les adolescents de 15 à 19 ans était aux États-Unis de 68/1 000 alors que le taux de natalité s'établissait à 40/1 000 (Kost et Henshaw, 2013). Les taux de grossesse comprennent les fausses couches, les interruptions volontaires de grossesse, les morts à la naissance et les grossesses menés à terme, alors que les taux de natalité n'incluent que les naissances vivantes.

Les données de substitution dont se servent les démographes sont recueillies de deux manières :

- Selon une approche rétrospective qui consiste à demander aux femmes de 20 à 24 ans si elles ont eu un enfant précédemment, généralement avant l'âge de 18 ans. Les données obtenues selon l'approche rétrospective et citées dans le présent rapport proviennent d'enquêtes EDS et MICS qui ont été menées dans 81 pays en développement.
- En calculant le taux de natalité des adolescentes (TNA) :

$$\text{Taux de natalité chez les adolescentes} = \frac{\text{Nombre total de naissances vivantes chez les adolescentes de 15 à 19 ans}}{\text{Nombre total d'adolescentes de 15 à 19 ans}} \times 1\,000$$

Le diagramme illustre la formule pour calculer le taux de natalité chez les adolescentes. À gauche, un rectangle violet contient le texte "Taux de natalité chez les adolescentes". À droite, une fraction est présentée. Le numérateur est un rectangle bleu contenant "Nombre total de naissances vivantes chez les adolescentes de 15 à 19 ans". Le dénominateur est un rectangle orange contenant "Nombre total d'adolescentes de 15 à 19 ans". Le mot "DIVISÉ PAR" est placé sous la barre de la fraction. À droite de la fraction, le facteur "x 1 000" est indiqué.

L'approche rétrospective fournit des indications sur les naissances survenues chez les adolescentes de moins de 18 ans, mais elle peut aussi en fournir sur celles de moins de 15 ans. Le taux de natalité des adolescentes, toutefois, ne rend compte que des naissances vivantes chez les adolescentes de 15 à 19 ans.



2

Impact sur la santé, l'éducation et la productivité des filles

Lorsqu'une fille tombe enceinte ou met un enfant au monde, sa santé, son éducation, son revenu potentiel et tout son avenir peuvent être mis en cause et elle peut se trouver condamnée à une vie de pauvreté, d'exclusion et d'impuissance.

◀ *Patiente de 13 ans souffrant d'une fistule, dans un centre de soins FVV au Nigéria.*

© UNFPA/Akintunde Akinleye

Lorsqu'une fille tombe enceinte ou met un enfant au monde, sa santé, son éducation, son revenu potentiel et tout son avenir peuvent être mis en cause et elle peut se trouver condamnée à une vie de pauvreté, d'exclusion et d'impuissance.

L'impact subi par la jeune mère se répercute souvent sur son enfant, qui commence sa vie dans des conditions défavorables, ce qui enclenche un cycle intergénérationnel de marginalisation, d'exclusion et de pauvreté.

Et les coûts de la grossesse et de l'accouchement précoces s'étendent au-delà du monde immédiat de la jeune mère et pèsent sur sa famille ainsi que sur la communauté et sur l'économie, le développement et la croissance de sa nation.

Bien que la grossesse puisse avoir des incidences multiples et profondes sur la vie de l'adolescente, les recherches quantitatives se sont concentrées sur ses effets sur la santé, l'éducation et la productivité économique :

- *l'impact sur la santé* consiste en des risques de décès maternel, de maladie et d'invalidité, notamment de fistule obstétricale, de complications des avortements dangereux, d'infections sexuellement transmissibles, notamment par le

VIH, ainsi qu'en des risques pour la santé de l'enfant;

- *l'impact sur l'éducation* comprend l'interruption ou la fin de l'éducation formelle assortie en conséquence d'une perte de possibilités de réaliser son plein potentiel;
- *l'impact économique* est étroitement lié à l'impact sur l'éducation et comprend l'exclusion de l'emploi rémunéré ou de moyens d'existence, des coûts supplémentaires pour le secteur de la santé et la perte de capital humain.

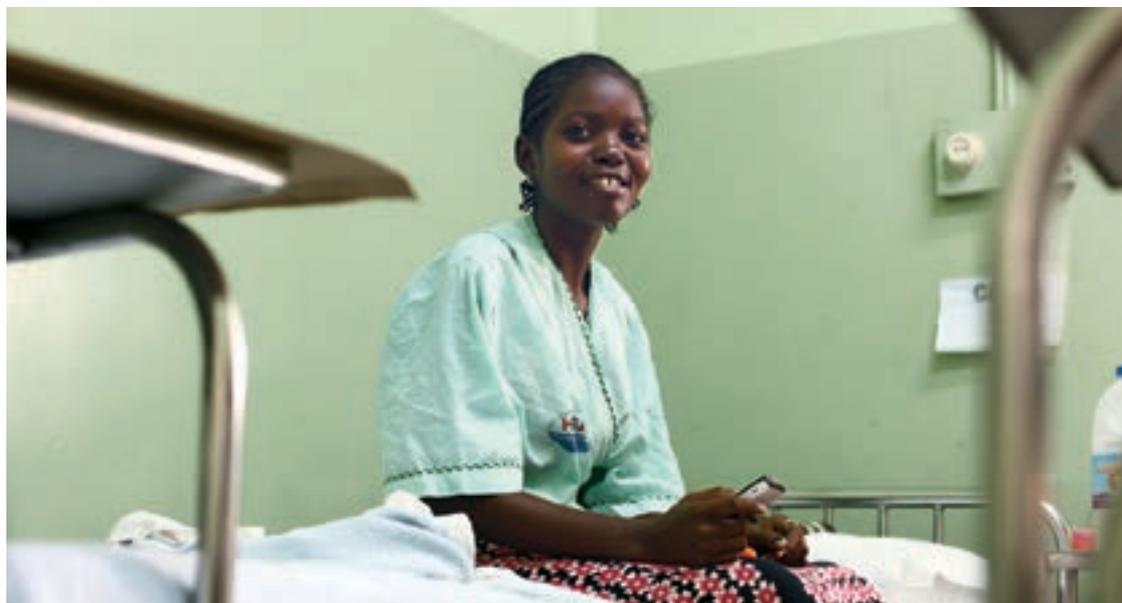
Impact sur la santé

Quelque 70 000 adolescentes meurent chaque année dans les pays en développement de causes liées à la grossesse et à l'accouchement (UNICEF, 2008). Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont l'une des principales causes de décès chez les adolescentes les plus âgées (World Health Organization, 2012).

Les adolescentes qui tombent enceintes tendent à provenir de ménages à faible revenu et à être dénutries. Abstraction faite des variations régionales, dans les pays en développement, environ une fille sur deux souffre d'anémie nutritionnelle,

Hortência, 29 ans, a souffert d'une fistule obstétricale à 17 ans, lors d'un accouchement difficile.

© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira



ce qui accroît le risque d'avortement spontané, de mortinatalité, de naissance prématurée et de décès maternel (Pathfinder International, 1998; Balarajan et al., 2011; Ransom and Elder, 2003).

Plusieurs facteurs contribuent directement au décès maternel, à la maladie et à l'invalidité chez les adolescentes, notamment l'âge de la fille, son manque de maturité physique, les complications des avortements dangereux et le manque d'accès aux soins obstétricaux de routine et d'urgence dispensés par des prestataires de soins qualifiés. Figurent également au nombre de ces facteurs la pauvreté, la malnutrition, le manque d'éducation, le mariage d'enfants et le statut inférieur des femmes et des filles (World Health Organization, 2012b).

Le risque de problèmes de santé est plus élevé si l'adolescente tombe enceinte au cours des deux ans qui suivent la première apparition des règles ou lorsque son bassin et son canal génital n'ont pas terminé leur croissance (World Health Organization, 2004).

La fistule obstétricale

Les femmes qui ne sont pas parvenues à la maturité physique et qui sont mères pour la première fois sont particulièrement vulnérables à un travail prolongé de longue durée, qui peut causer une fistule obstétricale, en particulier si elles n'ont pas accès à une césarienne pratiquée d'urgence. Bien que cette affection puisse survenir à l'accouchement chez les femmes de tout âge, des études menées en Éthiopie, au Malawi, au Niger et au Nigéria révèlent qu'environ une femme sur trois porteuses de fistule obstétricale signale en avoir été atteinte dans son adolescence (Muleta et al., 2010; Tahzib, 1983; Hilton and Ward, 1998; Kelly and Kwast, 1993; Ibrahim et al., 2000; Rijken and Chilopora, 2007).

La fistule obstétricale est une affection débilitante qui est cause d'incontinence et qui s'accompagne aussi généralement du décès du fœtus ou de l'enfant au cours de sa première semaine de vie.

On estime qu'entre 2 millions et 3,5 millions de femmes et de filles des pays en développement sont touchées par cette affection. Dans de nombreux cas,

LA FISTULE OBSTÉTRICALE : AUTRE FLÉAU POUR L'ÉPOUSE-ENFANT

C'est leur expérience personnelle qui a fait de Gul Bano et de son époux Ahmed Khan, un religieux, des ambassadeurs de la lutte contre le mariage précoce et son corollaire le plus grave, la fistule obstétricale.

Conformément à la coutume en vigueur dans le petit village de montagne de Kohadast (district de Khuzdar, province du Baloutchistan, Pakistan), Gul a été mariée dès l'adolescence, à l'âge de 15 ans, et est tombée enceinte l'année suivante.

Comme il n'y a pas d'établissement de santé à proximité du village, elle n'a bénéficié d'aucun suivi prénatal et personne ne pensait des complications pourraient survenir. Mais la réalité fut tout autre. Après un travail obstétrical de trois jours, Gul a mis au monde un enfant mort-né. « Je n'ai jamais vu ni la couleur des yeux de mon fils, ni celle de ses cheveux. Je ne l'ai jamais tenu contre mon cœur », se remémore-t-elle, aujourd'hui âgée de 20 ans.

Ses problèmes n'avaient fait que commencer. Une semaine après, Gul s'est rendu compte qu'elle était constamment mouillée d'urine et qu'elle dégageait une odeur de matières fécales. « Je perdais de l'urine et des selles en même temps », dit-elle.

Son organisme, n'étant pas encore arrivé à maturité, n'avait pas résisté au travail prolongé et la pression de la tête du bébé sur les tissus de la filière pelvienne avait provoqué une déchirure de la paroi du rectum et de la vessie.

La fistule obstétricale, on le reconnaît généralement aujourd'hui, est un fardeau de plus imposé à la mère-enfant, sans éducation et contrainte de se marier, fardeau auquel elle n'est préparée ni physiquement ni psychologiquement.

Ahmed Khan a soutenu sa jeune épouse dans cette épreuve. Il a cherché pour elle des soins médicaux et découvert l'existence à Karachi d'un hôpital spécialisé dans le traitement de la fistule et d'autres affections dans le domaine de la santé reproductive. L'Hôpital de la femme Koohi Goth, qui dispense aux victimes de la fistule des traitements gratuits, a été fondé par le docteur Shershah Syed, l'un des premiers gynécologues du Pakistan à avoir suivi une formation à la réparation de cette lésion douloureuse et socialement embarrassante.

« Près de trois ans ont passé et elle [Gul] a subi six opérations », dit le docteur Sajjad Ahmed, qui a travaillé à Koohi Goth de juin 2006 à février 2010 en tant que directeur du projet de l'UNFPA pour la lutte contre la fistule.

Aujourd'hui, Gul Bano et Ahmed Khan se sont faits des avocats actifs de la campagne pour l'élimination de la fistule au Pakistan. Ils se déplacent dans tout le pays et informent le public des façons de prévenir cette affection et de la traiter. « Ahmed Khan est un religieux, mais qui ne correspond pas au stéréotype, dit le Dr Syed. Il explique aux parents que l'on peut éviter la fistule s'ils cessent de marier leurs filles alors qu'elles sont encore toutes jeunes. » Gul Bano, pour sa part, raconte son histoire et informe les femmes mariées de l'importance de l'espacement des naissances, du suivi prénatal et d'un prompt accès aux soins obstétricaux d'urgence.

— Zofeen Ebrahim, *Inter Press Service*

elles sont ostracisées par leur entourage et par leur communauté et exposées à des risques de pauvreté et de marginalisation.

La persistance de la fistule obstétricale est un reflet des inégalités chroniques en matière de santé et des contraintes des systèmes de santé, ainsi que de problèmes plus généraux tels que l'inégalité des sexes, l'inégalité socioéconomique, le mariage d'enfants et la maternité précoce, qui contribuent tous à miner la qualité de vie des femmes et des filles et s'opposent à la jouissance de leurs droits fondamentaux.

Dans la plupart des cas, la fistule peut se traiter par une intervention chirurgicale, mais rares sont les femmes qui en bénéficient, principalement parce que les services ne sont pas largement disponibles ou accessibles, en particulier dans les pays pauvres où les services et l'infrastructure de la santé présentent des carences, ou parce que le coût de l'opération, qui n'est parfois que de 400 dollars, est prohibitif pour la plupart des femmes et des filles des pays en développement. Sur les 50 000 à 100 000 nouveaux cas de fistule qui surviennent chaque année, seuls environ 14 000 sont traités par

la chirurgie, si bien que le nombre total de femmes porteuses de l'affection ne cesse d'augmenter.

Si les soins d'un personnel qualifié à l'accouchement et une césarienne d'urgence peuvent éviter la fistule obstétricale, la meilleure façon d'en protéger les adolescentes consiste à les aider à retarder la grossesse jusqu'à ce qu'elles soient plus âgées et que leur organisme soit parvenu à maturité. Cela signifie souvent que l'on les protège du mariage précoce.

Avortement dangereux

Les avortements dangereux ou non médicalisés représentent environ la moitié du nombre total d'avortements (Sedgh et al., 2012; Shah and Ahman, 2012). Selon l'Organisation mondiale de la Santé, l'avortement dangereux est « une intervention pratiquée pour mettre fin à une grossesse non désirée, soit par des personnes ne possédant pas les compétences nécessaires, soit dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, soit dans ces deux situations réunies » (World Health Organization, 2012c). Les avortements dangereux ont lieu dans leur quasi-totalité (98 %) dans les pays en développement, où l'avortement est souvent illégal. Même lorsqu'il est autorisé par la loi, les adolescentes peuvent éprouver des difficultés d'accès aux services.

Les données sur les avortements, médicalisés ou non, chez les filles de 10 à 14 ans dans les pays en développement sont rares, mais des estimations grossières pour le groupe des 15 à 19 ans situent le nombre d'avortements dangereux pratiqués dans les pays en développement à environ 3,2 millions par an (Shah and Ahman, 2012).

Cette étude couvre l'Afrique, l'Asie (excepté l'Asie de l'Est) et l'Amérique latine et les Caraïbes (Shah and Ahman, 2012). Le taux d'avortements dangereux est pratiquement le même pour l'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine et les Caraïbes (26 et 25 pour mille respectivement, mais le nombre total de ces avortements en Afrique subsaharienne est supérieur au double de celui de l'Amérique latine et des Caraïbes, en raison des différences de la taille des populations. L'Afrique

ESTIMATIONS DU NOMBRE ET DU TAUX D'AVORTEMENTS DANGEREUX CHEZ LES FILLES DE 15 À 19 ANS EN 2008

Région	Nombre d'avortements dangereux de filles de 15 à 19 ans (par an)	Taux d'avortements dangereux (pour 1 000 filles de 15 à 19 ans)
Pays en développement	3 200 000	16
Afrique	1 400 000	26
Asie, à l'exclusion de l'Asie de l'Est	1 100 000	9
Amérique latine et Caraïbes	670 000	25

Source : Shah and Ahman, 2012.

subsaharienne compte pour 44 % des avortements dangereux pratiqués chez les adolescentes de 15 à 19 ans dans le monde en développement (à l'exclusion de l'Asie de l'Est), contre 23 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes.

En Afrique subsaharienne, 36 000 femmes et filles (chiffre estimatif) meurent chaque année des suites d'avortements dangereux et de millions d'autres souffrent de maladies et d'invalidité à long terme (UN Radio, 2010).

Par comparaison aux adultes, les adolescentes subissant un avortement dangereux risquent davantage de souffrir de complications telles que les hémorragies, la septicémie, les lésions internes, le tétanos, la stérilité et même la mort (International Sexual and Reproductive Rights Coalition, 2002). Ces problèmes de santé plus graves des adolescentes s'expliquent notamment par leur tendance à attendre plus longtemps pour avoir un avortement, à s'adresser plus fréquemment à des personnes incompetentes, à recourir à des méthodes dangereuses et à ne pas se faire soigner immédiatement lorsque des complications surviennent.

Les adolescentes constituent une forte proportion des patientes hospitalisées en raison de complications d'avortements dangereux. Dans

POURCENTAGE DE FILLES DE 15 À 19 ANS AYANT JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS QUI ONT SIGNALÉ AVOIR CONTRACTÉ UNE IST OU EN AVOIR MANIFESTÉ DES SYMPTÔMES DANS LES 12 MOIS PRÉCÉDENTS

(PAYS OÙ LE POURCENTAGE EST DE 20 % OU PLUS)

Guinée	35 %
Ghana	29 %
République du Congo	29 %
Nicaragua	26 %
Côte d'Ivoire	25 %
République dominicaine	21 %
Ouganda	21 %

Source : Kothari et al., 2012.

certains pays en développement, les registres hospitaliers indiquent que 38 % à 68 % des femmes traitées pour des complications de l'avortement sont des adolescentes (International Sexual and Reproductive Rights Coalition, 2002).

Infections sexuellement transmissibles

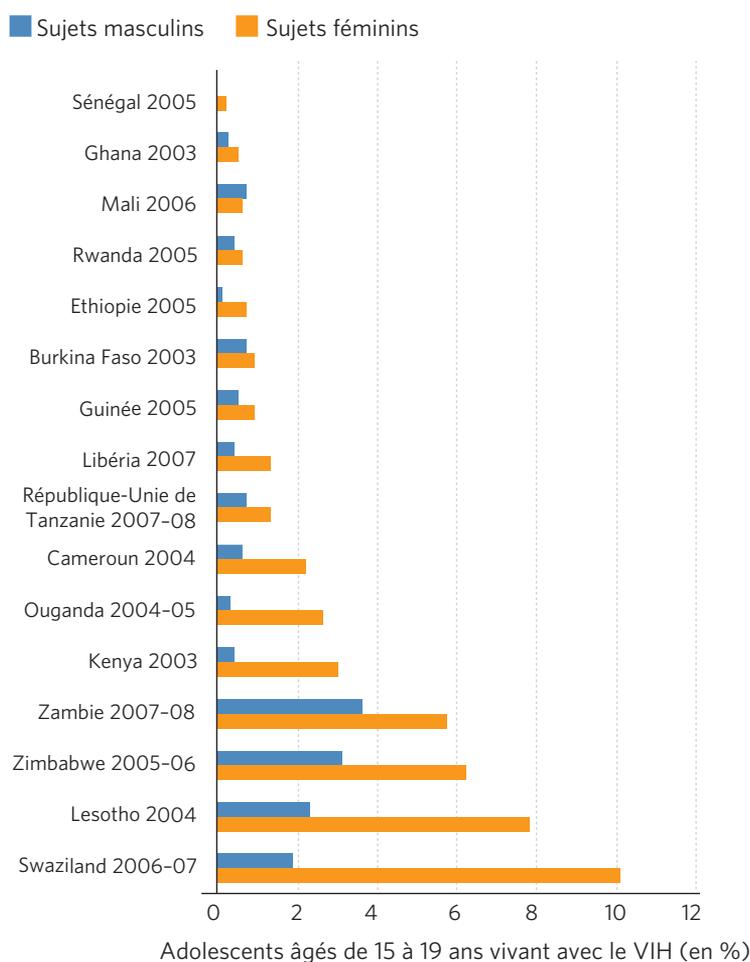
On dénombre chaque année de par le monde 340 millions de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (IST), les jeunes de 15 à 24 ans étant la catégorie où les taux d'infection sont les plus élevés. Bien que les IST ne soient pas une conséquence de la grossesse chez l'adolescente, elles sont une conséquence de comportements sexuels, notamment du non usage ou de l'usage incorrect des préservatifs, qui peuvent résulter en une grossesse. Si elles ne sont pas traitées, les IST peuvent être cause chez les femmes et les filles de stérilité, d'inflammation pelvienne, de grossesse ectopique, de cancer et de douleurs pelviennes débilantes. Elles peuvent également mener à un accouchement prématuré et, chez les enfants nés de mères infectées, à un déficit pondéral à la naissance et à des affections physiques et neurologiques permanentes.

« J'ai accepté mon statut sérologique parce qu'on ne peut pas faire qu'une chose qui est arrivée ne soit pas arrivée. »

Neo, 15 ans - Botswana

Dans sept pays sur 35 dont les enquêtes démographiques et sanitaires ont fait l'objet d'un examen, au moins une fille de 15 à 19 ans sur cinq ayant jamais eu des rapports sexuels a signalé avoir contracté une IST ou en avoir manifesté des symptômes au cours des 12 mois précédents (Kothari et al., 2012).

PRÉVALENCE DU VIH PARMIS LES ADOLESCENTS DE 15 À 19 ANS, PAR SEXE, DANS CERTAINS PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE (2001-2007)



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires réalisées dans 16 pays (Afrique subsaharienne, entre 2001 et 2007)

Les enquêtes EDS indiquent qu'en général, le pourcentage de jeunes de 15 à 19 ans n'ayant jamais eu des rapports sexuels qui ont signalé avoir contracté une IST ou en avoir manifesté des symptômes au cours des 12 mois précédents est supérieur dans le groupe féminin. En Côte d'Ivoire, par exemple, ce pourcentage était de 25 % chez les adolescentes contre 14 % chez les adolescents du même groupe d'âge.

D'autres études portant sur les IST et les jeunes révèlent également une fréquence plus grande de ces infections chez les adolescentes que chez leurs homologues masculins (Dehne and Riedner, 2005). Les IST sont courantes chez les adolescentes ayant subi des agressions sexuelles et chez les enfants victimes de mauvais traitements.

Les adolescentes sont également plus susceptibles de vivre avec le VIH que leurs homologues masculins. Les jeunes femmes sont plus vulnérables à l'infection par le VIH en raison de facteurs physiologiques, du fait qu'elles ont des partenaires sexuels plus âgés, du manque d'information et de services et des normes et valeurs sociales qui minent leur aptitude à se protéger. Leur vulnérabilité peut s'accroître durant les crises humanitaires et les situations d'urgence, au cours desquelles les difficultés économiques peuvent mener à un risque accru d'exploitation, par la traite des personnes par exemple, ainsi qu'à des risques accrus en matière de santé reproductive liés à l'échange de rapports sexuels contre de l'argent ou des produits de première nécessité (World Health Organization, 2009a).

Risques pour la santé des nourrissons et des enfants

Les risques pour la santé des nourrissons et des enfants nés de mères adolescentes sont bien documentés. Les mortinaissances et les décès de nouveau-nés sont de 50 % plus élevés chez les enfants nés de mères adolescentes que chez ceux nés de mères de 20 à 29 ans (World Health Organization, 2012a). Environ 1 million d'enfants nés de mères adolescentes n'atteignent pas leur premier anniversaire. Les enfants d'adolescentes

ADOLESCENTS DE 10 À 19 ANS VIVANT AVEC LE VIH (2009)

Région	Sujets féminins		Sujets masculins		Total	
	Estimation	Fourchette estimative	Estimation	Fourchette estimative	Estimation	Fourchette estimative
Afrique de l'Est et australe	760 000	(670 000 - 910 000)	430 000	(370 000 - 510 000)	1 200 000	(1 000 000 - 1 400 000)
Afrique de l'Ouest et du Centre	330 000	(270 000 - 440 000)	190 000	(140 000 - 240 000)	520 000	(390 000 - 680 000)
Moyen-Orient et Afrique du Nord	22 000	(17 000 - 30 000)	9 700	(7 800 - 12 000)	32 000	(25 000 - 40 000)
Asie du Sud	50 000	(44 000 - 57 000)	54 000	(47 000 - 66 000)	100 000	(90 000 - 130 000)
Asie de l'Est et Pacifique	27 000	(15 000 - 30 000)	23 000	(14 000 - 34 000)	50 000	(29 000 - 73 000)
Amérique latine et Caraïbes	44 000	(34 000 - 55 000)	44 000	(31 000 - 82 000)	88 000	(62 000 - 160 000)
ECO/CEI	9 000	(7 700 - 10 000)	3 900	(3 400 - 4 500)	13 000	(11 000 - 15 000)
World	1 300 000	(1 100 000 - 1 500 000)	780 000	(670 000 - 900 000)	2 000 000	(1 800 000 - 2 400 000)

Source : UNICEF, 2011.

qui survivent risquent davantage de présenter une insuffisance pondérale à la naissance et d'être prématurés que ceux de femmes de 20 à 29 ans. En outre, sans accès au traitement, il existe également un risque plus élevé de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les recherches indiquent que les très jeunes adolescentes des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire sont exposées à deux fois plus de risques de décès maternel et de fistule obstétricale que les femmes plus âgées (y compris les adolescentes de la tranche d'âge supérieure), tout particulièrement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud (Blum et al., 2013).

À mesure que les jeunes opèrent la transition qui les mène des premières aux dernières années de l'adolescence, les comportements sexuels et reproductifs contribuent à l'instauration de modèles divergents de mortalité et de morbidité par sexe, les jeunes adolescentes étant exposées à un risque accru de contrainte sexuelle et d'infections sexuellement

transmissibles, notamment par le VIH, ainsi qu'aux conséquences sexospécifiques des grossesses non désirées et des traumatismes psychologiques (Blum et al., 2013).

Neal et al. (2012) indiquent également que les adolescentes de 15 ans ou moins risquent encore bien plus de souffrir d'affections telles que l'éclampsie, l'anémie, l'hémorragie du postpartum et l'endométrite du postpartum. Par ailleurs, les données suggèrent que les problèmes de santé chez le nouveau-né sont plus fréquents lorsque la mère appartient au groupe des adolescentes les plus jeunes.

De nombreux pays où les taux de maternité chez les adolescentes jeunes sont élevés présentent également des taux de mortalité maternelle très élevés (Neal et al., 2012).

Une étude de l'Organisation mondiale de la Santé indique que les filles qui tombent enceintes à 14 ans ou avant sont exposées à des risques accrus d'accouchement prématuré et que leurs enfants



▲ *Marielle, 25 ans, a accouché la première fois à l'âge de 13 ans.*

©UNFPA/Berge, Borghild

risquent davantage de présenter une insuffisance pondérable à la naissance ainsi qu'une mortalité périnatale élevée et de souffrir de problèmes de santé (World Health Organization, 2011). Les risques pour les mères très jeunes et leurs nouveau-nés sont aggravés lorsque la mère est dénutrie. La grossesse peut compromettre encore davantage le statut nutritionnel de la mère et perturber la croissance chez celle-ci, tandis que son bébé risque davantage de présenter une insuffisance pondérale et de mourir.

Les filles de moins de 15 ans ne sont pas physiologiquement prêtes pour les rapports sexuels ou pour la maternité et elles ne possèdent ni les capacités cognitives ni le pouvoir de prendre des décisions sans danger, éclairées ou volontaires (Dixon-Mueller, 2008). Néanmoins, dans plus de 30 pays, 10 % des adolescentes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, ce taux atteignant 26 % au Niger. Les recherches montrent que dans certains pays, les premiers rapports sexuels de nombreuses filles sont non consensuels et que l'incidence des rapports sexuels

forcés est plus élevée chez les très jeunes adolescentes (Erulkar, 2013).

Impact psychosocial

On compte chaque année de par le monde des millions d'adolescentes qui sont contraintes de se marier, et 90 % des adolescentes qui ont un enfant sont mariées. Cela signifie qu'en l'espace de très peu de temps des millions de jeunes passent du statut d'enfant à celui de femme mariée, mère, et ayant des responsabilités d'adulte. Soumises un jour à l'autorité de leurs parents, elles se retrouvent le lendemain soumises à celle de leur partenaire ou de leur mari, ce qui perpétue le cycle d'inégalité, de dépendance et d'impuissance des femmes.

Au cours de la transition qui la mène de l'enfance au mariage forcé et à la maternité, l'adolescente peut connaître le stress ou la dépression car elle n'est pas psychologiquement préparée au mariage, à l'activité sexuelle ou à la grossesse, en particulier quand les rapports sexuels ont lieu sous

contrainte ou ne sont pas consensuels. Selon les caractéristiques du milieu familial et communautaire, l'adolescente peut se sentir stigmatisée par une grossesse précoce (en particulier si celle-ci survient hors mariage) et rechercher un avortement, même dans les contextes où l'avortement est illégal et dangereux, en acceptant souvent le risque d'un impact catastrophique sur sa santé.

Impact sur l'éducation des filles

Les filles qui restent scolarisées plus longtemps risquent moins de tomber enceintes. L'éducation les prépare à la pratique d'un métier et à l'obtention de moyens d'existence, accroît leur estime de soi, relève leur statut dans leur ménage et dans la communauté, et confère davantage de poids à leur opinion sur les questions qui affectent leur existence. Elle réduit également le risque du mariage d'enfants et retarde la maternité, ce qui se traduit par une issue plus favorable pour les futures grossesses.

Une nouvelle enquête menée pour évaluer les progrès des pays dans la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 confirme que des taux d'alphabétisation plus élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans sont associés chez celles-ci à des taux de natalité notablement plus faibles (UNFPA, 2013a).

Une analyse récente de 39 pays a constaté que les filles célibataires (de 15 à 17 ans) qui font des études sont bien moins susceptibles que leurs homologues non scolarisées d'avoir des rapports sexuels prémaritaux, sauf au Bénin et au Mali (Biddlecom et al., 2008; Lloyd, 2010). Ces constats mettent en évidence l'effet protecteur de l'éducation contre la grossesse chez l'adolescente et ses issues adverses.

Les avantages sociaux et économiques dont bénéficient les filles qui restent scolarisées sont grands, tout comme les coûts que subissent les filles qui arrêtent leurs études prématurément, de plein gré ou parce qu'elles y sont contraintes à la suite d'une grossesse, sont grands eux aussi.

Toutefois, la relation de cause à effet entre la grossesse chez l'adolescente et l'arrêt prématuré des études n'est pas facile à cerner (UNFPA, 2012a). Les filles qui tombent enceintes peuvent avoir abandonné leurs études avant leur grossesse ou ne pas avoir été scolarisées du tout.

Une étude menée dans les pays francophones d'Afrique a révélé que seules 5 % à 10 % des filles interrompent leurs études, ou sont renvoyées, en raison d'une grossesse (Lloyd and Mensch, 2008). La raison de cette interruption ou de leur renvoi est plus souvent la « formation d'union » à savoir le premier mariage ou l'union libre.

MARIÉE ET DE RETOUR À L'ÉCOLE

Filesia est une écolière de 15 ans, indépendante, exubérante, qui bavarde et qui rit avec ses amies. Elle apprécie sa vie d'élève de huitième à l'école primaire au Malawi et elle attend avec impatience de commencer ses études secondaires à la prochaine rentrée.

Mais Filesia n'est pas tout à fait dans la même situation que ses compagnes de classe. Ses parents l'ont obligée à interrompre ses études et à se marier après qu'elle fut tombée enceinte à 13 ans.

« Mon petit ami, qui avait 18 ans à l'époque, m'a encouragée à coucher avec lui. Il m'a dit que j'étais trop jeune pour tomber enceinte et je l'ai cru », explique-t-elle. Elle est tombée enceinte après deux rapports sexuels. « Je ne savais rien sur les contraceptifs et donc nous avons eu des rapports non protégés » dit Filesia.

« Quand mes parents ont découvert que j'étais enceinte, ils m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas me garder chez eux. Ils m'ont emmenée dans la famille de mon petit ami et nous avons commencé à vivre ensemble après un mariage traditionnel », poursuit-elle.

Filesia est restée mariée deux ans après avoir mis au monde un petit garçon, mais elle a repris ses études, sauvée d'une vie d'épouse-enfant par le Groupe communautaire de soutien aux victimes, appuyé par le Programme commun des Nations Unies pour les adolescentes dirigé par l'UNFPA.

« Je connais à présent les moyens de contraception, grâce au club de jeunes auquel j'appartiens. Mais je n'ai pas l'intention d'avoir des relations sexuelles tant que je n'ai pas terminé mes études, parce que j'ai connu la pauvreté quand je me suis mariée », dit Filesia. Elle a l'intention de faire carrière dans la police, parce qu'elle veut « sauver les autres filles qui se trouvent forcées de se marier trop jeunes ».

Néanmoins, pour beaucoup d'adolescentes qui deviennent mères, la maternité met fin à leurs études formelles de façon permanente, soit en raison de leur situation individuelle, qu'il s'agisse d'un mariage d'enfants ou de pressions familiales ou communautaires, soit parce que les établissements scolaires interdisent aux filles enceintes de fréquenter l'établissement ou d'y revenir après qu'elles ont eu leur enfant (Panday et al., 2009). Et même dans les pays où la loi autorise les filles à reprendre leurs études, seule une minorité d'entre elles le fait. En Afrique du Sud, par exemple, bien que la Constitution et la loi de 1996 sur les écoles précisent que les filles qui tombent enceintes ne peuvent pas se voir refuser l'accès à l'éducation, une analyse a constaté que seule une adolescente sur trois environ reprend jamais ses études interrompues pour cause de grossesse. Une étude menée au Chili a révélé que le fait d'être mère réduit de 24 % à 37 % pour les intéressées les probabilités de fréquentation scolaire et d'achèvement des études secondaires (Kruger et al., 2009).

Le problème de l'interruption des études chez les adolescentes mères ne se limite pas aux pays en

développement. Aux États-Unis, par exemple, en 2011, 329 772 enfants sont nés d'adolescentes de 15 à 19 ans. Mais environ la moitié seulement des adolescentes qui tombent enceintes parviennent à achever leurs études secondaires à l'âge de 22 ans; par comparaison, alors que le taux d'achèvement des études secondaires au même âge est de 90 % chez les adolescentes qui ne sont pas tombées enceintes (Perper et al., 2010). Et plus l'interruption des études est longue, moins il y a de chances que les adolescentes les reprennent jamais.

Il faut, pour que les adolescentes puissent revenir sur les bancs de l'école, que des politiques favorables soient en place; mais cela ne suffit pas : il faut aussi selon toute vraisemblance aux jeunes mères une aide financière, des services de garderie et des conseils individualisés pour les aider à relever les défis de la maternité dans l'adolescence, notamment celui de la stigmatisation.

Impact économique

Quand une fille a le pouvoir de retarder les grossesses, elle peut également être habilitée socialement, et poursuivre ses études, puis économiquement, et trouver un emploi plus lucratif ou envisager d'autres options de génération de revenus, note une étude de la Banque mondiale (Chaaban and Cunningham, 2012). Les investissements qui autonomisent les filles sont bénéfiques pour l'économie et, inversement, les coûts de l'absence d'investissements dans les filles sont élevés. Le coût d'opportunité sur toute la vie en rapport avec la grossesse chez l'adolescente, mesuré d'après le manque à gagner en revenu annuel de la mère durant toute son existence, varie de 1 % du PIB annuel en Chine à 30 % en Ouganda. Le coût d'opportunité mesure « ce qui aurait pu être » si seulement on avait investi davantage dans les filles.

L'étude de la Banque mondiale illustre les coûts d'opportunité associés à la grossesse chez l'adolescente et à l'abandon scolaire. Si par exemple les 1,6 million d'adolescentes du Kenya terminaient leurs études secondaires et si les 220 098 adolescentes mères étaient employées au lieu d'avoir enfanté, le revenu brut du Kenya aurait pu augmenter

« J'étais à la fois heureuse et triste. Heureuse parce que j'avais mis au monde un beau petit garçon [...]. Mais je suis maintenant à la charge de mes parents, et mon bébé aussi. [...] J'ai abandonné mes études et je dois trouver un emploi pour subvenir aux besoins de mon enfant. [...] Je l'élève seule et je dois faire tout ce que je peux pour lui. »

Thoko, âge non précisé - Afrique du Sud

de 3,4 milliards de dollars par an; ceci équivaut au revenu de tout le secteur du bâtiment du pays. De même, le revenu du Brésil et de l'Inde auraient augmenté de plus de 3,5 milliards de dollars et de 7,7 milliards de dollars respectivement si les adolescentes avaient retardé leur grossesse jusqu'à ce qu'elles soient au début de leur vingtaine.

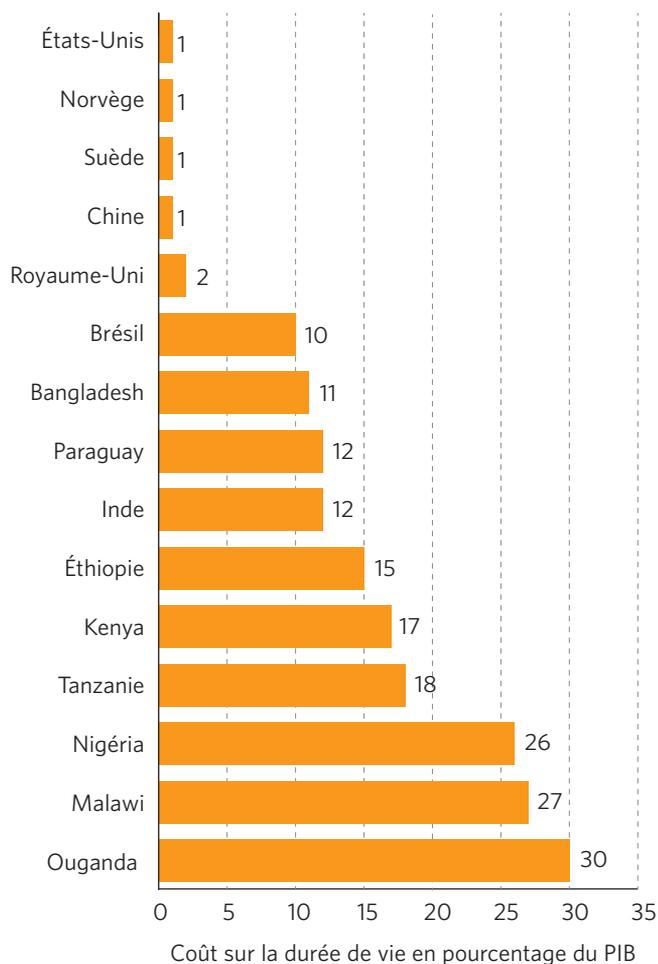
Étant donné que la plupart des grossesses chez les adolescentes surviennent à un âge où celles-ci sont dans l'enseignement secondaire, l'abandon des études secondaires est d'un coût économique plus élevé que l'abandon des études primaires. Du fait que le nombre de filles concernées est bien plus grand dans les populations de l'enseignement secondaire que dans celles de l'enseignement primaire, l'impact négatif sur le rendement de l'investissement dans les études secondaires est bien plus élevé que sur le rendement de l'investissement dans les études primaires.

L'étude de la Banque mondiale note que cette analyse sous-estime le coût réel du manque d'investissement dans les adolescentes. Il n'est tenu compte dans le calcul que des coûts économiques, lesquels sont inférieurs aux véritables coûts sociaux. L'étude ne porte que sur la perte de productivité sur le marché du travail et n'inclut pas dans ses estimations les coûts encourus pour la santé des femmes, les implications possibles pour la productivité future des enfants – comme l'indiquent les études qui montrent que les enfants de mères adolescentes parviennent à un niveau d'éducation inférieur – ni les coûts sociaux des mères adolescentes célibataires.

La prise en compte des coûts réels, qui comprennent ceux de l'état de santé inférieur des enfants de ces adolescentes, une espérance de vie à la naissance plus brève, l'obsolescence des aptitudes des adolescentes sans emploi, une habilitation sociale plus faible et bien d'autres facteurs encore, viendrait multiplier plusieurs fois le montant des coûts estimatifs (Cunningham et al., 2008).

Lorsque des dysfonctionnements politiques ou d'autres pressions s'exerçant sur les adolescentes se traduisent par un grand nombre de grossesses chez celles-ci, les coûts économiques peuvent s'étendre

COÛT DE LA GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE SUR TOUTE LA DURÉE DE VIE POUR LA COHORTE ACTUELLE DES ADOLESCENTES DE 15 À 19 ANS, EXPRIMÉ EN POURCENTAGE DU PIB



Source : Chaaban and Cunningham, 2011.

au-delà de l'individu à la communauté et à la nation entière.

Certains coûts peuvent provenir, par exemple, d'un accroissement de la demande de gestion des complications des avortements dangereux chez les adolescentes alors que les systèmes de santé sont déjà sursollicités. Selon l'International Sexual and Reproductive Rights Coalition (2002), « dans de nombreux pays en développement, les registres hospitaliers indiquent que 38 % à

LA DIMENSION DES DROITS DE LA PERSONNE

Les violations des droits sont souvent une cause sous-jacente ainsi qu'une conséquence de la grossesse chez l'adolescente. Les adolescentes qui tombent enceintes ne sont souvent plus capables de jouir des droits que leur garantissent les instruments internationaux tels que la Convention relative aux droits de l'enfant, ni d'exercer ces droits. Inversement, les adolescentes qui ne peuvent pas jouir de leurs droits fondamentaux, tels que le droit à l'éducation, sont plus susceptibles de tomber enceinte avant d'atteindre l'âge adulte.

Les adolescentes qui sont enceintes des suites de rapports sexuels forcés ou imposés par la contrainte subissent des atteintes supplémentaires à leurs droits. Si ces mêmes adolescentes ne peuvent plus faire leurs études en raison de leur grossesse ou parce qu'elles doivent s'occuper de leur enfant, leurs droits sont derechef bafoués. Si elles ne peuvent pas poursuivre leurs études, leur potentiel de gains est réduit et leur risque de passer le reste de leurs jours dans la pauvreté augmente considérablement.

L'an dernier, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a publié un rapport novateur qui regroupe les nombreuses résolutions du Conseil des droits de l'homme de l'Organisation sur la mortalité et la morbidité maternelles conçues en tant que violations des droits de la personne et qui énonce certaines des causes sous-jacentes de la grossesse chez l'adolescente :

Dans un premier temps, il convient de déterminer non seulement pourquoi les taux de mortalité et de morbidité maternelles des adolescentes sont élevés mais aussi pourquoi elles tombent enceintes. Une approche fondée sur les droits de l'homme suppose de définir le problème et de tenter de le résoudre en s'attaquant aux causes à la fois immédiates et profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles, afin d'arriver à résoudre des problèmes concrets au niveau local. Les grossesses des adolescentes peuvent être attribuées à de nombreux facteurs, dont une éducation sexuelle incomplète, des normes sociales concernant les femmes contribuant aux grossesses précoces, le mariage précoce, des situations fréquentes de violence sexuelle et de relations sexuelles tarifées, l'absence de services de santé tenant compte des besoins des jeunes, l'absence de moyens de contraception peu coûteux et accessibles, ou un ensemble de ces facteurs. (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2012, para 59).

La convergence de différentes formes d'inégalité aggrave la situation. Les adolescentes vivant dans la pauvreté ou en milieu rural, ou qui sont handicapées, ou qui appartiennent à une population autochtone, se heurtent à des obstacles supplémentaires pour accéder à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive et, dans certains cas, sont plus exposées aux risques de violences sexuelles.

La prise en compte de la problématique de la grossesse chez l'adolescente par le biais des protections des droits de la personne s'appuie sur un cadre normatif international exigeant des pouvoirs publics qu'ils prennent des mesures qui permettront aux filles de jouir de leurs droits à l'éducation et à la santé et de vivre à l'abri de la violence. Les enfants ont les mêmes droits de la personne que les adultes, mais il leur est également accordé des protections particulières en considération des inégalités dues à leur âge.

La protection et le respect des droits peuvent donc contribuer à éliminer un grand nombre des facteurs qui entrent en jeu pour favoriser la survenue de grossesses chez les adolescentes et à atténuer les nombreuses conséquences qui en résultent pour les intéressées, leur famille et leur communauté. Le traitement de ces problèmes par le biais de la protection des droits fondamentaux est la clé qui mettra fin à un cercle vicieux d'atteintes aux droits, de pauvreté, d'inégalité, d'exclusion et de grossesse chez l'adolescente.

Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994, 179 chefs d'État et de gouvernement ont reconnu les rapports qui existent entre le mariage précoce, la maternité chez l'adolescente et les taux élevés de mortalité maternelle chez celle-ci. Le Programme d'action de la CIPD a souligné le rôle essentiel que peut jouer l'éducation pour prévenir ces maux (principe 4 et paragraphe 7.41). Les pays ont convenu de protéger et de promouvoir les droits des adolescents à l'éducation et à l'information en matière de santé reproductive et de garantir l'accès universel à des informations complètes et objectives dans ce domaine.

Depuis la CIPD, les organes de surveillance de l'application des traités des Nations Unies, qui sont chargés de l'interprétation des traités relatifs aux droits de la personne et de vérifier leur respect par les pouvoirs publics des États Membres, ont reconnu la nécessité d'habiliter les adolescents pour leur permettre de prendre des décisions éclairées concernant leur existence et ils ont affirmé que les adolescents ont les mêmes droits fondamentaux que les adultes, y inclus en matière de procréation. La Convention relative aux droits de l'enfant, instrument relatif aux droits de la personne le plus largement ratifié au monde, reconnaît expressément les enfants comme des détenteurs de droits. Toutefois, faute de la capacité juridique d'agir en leur propre nom, il est fréquent que les enfants ne soient pas en mesure de faire valoir leurs droits. Ce manque d'autonomie et de pouvoir décisionnel allié à leur statut socioéconomique inférieur et à leur vulnérabilité physique fait obstacle à la jouissance et à l'exercice de leurs droits.

68 % des femmes traitées pour des complications de l'avortement ont moins de 20 ans ». En Éthiopie, en 2008, « il est estimé que 52 600 femmes se sont fait soigner en milieu hospitalier pour des complications d'un avortement dangereux » (Guttmacher Institute, 2010). Étant donné que l'âge moyen des femmes qui avortent en Éthiopie est de 23 ans, on peut dire sans risque d'erreur que les adolescentes constituent une proportion importante des femmes soignées pour des complications de l'avortement dans ce pays (Guttmacher Institute, 2010). Une étude récente (Abdella et al., 2013) a estimé que le coût direct du traitement des complications de l'avortement pour le système national de santé éthiopien se situe entre 6,5 millions et 8,9 millions de dollars par an. Dans certains pays d'Amérique latine, les hôpitaux sont surpeuplés d'adolescentes se faisant soigner pour des complications de la grossesse, de l'accouchement ou de l'avortement.

Les coûts ne se limitent pas aux complications de l'avortement ni aux pays en développement. « En 2008 [aux États-Unis], la grossesse et l'accouchement imposaient près de 11 milliards de dollars de coûts aux contribuables américains du fait de l'accroissement des soins de santé et des services des structures d'accueil, de l'augmentation des taux d'incarcération des enfants nés de parents adolescents et de la réduction des recettes fiscales due aux niveaux inférieurs d'éducation et de revenus chez les mères adolescentes » (National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 2011).

Conclusion

La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente ont des répercussions négatives sur la santé physique et mentale ainsi que sur le bien-être social de celle-ci, sur son niveau d'éducation et sur son potentiel de gains. Ces impacts proviennent en grande partie de l'inégalité des sexes et de la discrimination qui persistent dans les structures juridiques, sociales et économiques, mènent à la stigmatisation et à la marginalisation et débouchent sur la violation des droits fondamentaux de la personne. Lorsque les adolescentes se voient refuser l'information et les services

« Il est tabou de parler des rapports sexuels. Il y a quelquefois des programmes sur la contraception à la télé, mais les jeunes n'y font pas suffisamment attention. Nous parlons de sexualité entre nous, mais nous n'abordons pas la question avec nos parents. Le plus souvent, ce sont les filles qui demandent aux garçons d'employer un préservatif. Les garçons ne pensent pas à demander aux filles de prendre la pilule ou d'employer un autre moyen de contraception. »

Ngimana, 17 ans - Sénégal

dont elles ont besoin pour prévenir les grossesses, leur autonomie en souffre. Lorsqu'elles tombent enceintes et ne sont plus autorisées à fréquenter les établissements d'enseignement, leurs droits sont violés. Et lorsqu'elles sont forcées de se marier ou qu'elles subissent des violences ou des contraintes sexuelles, leurs droits sont violés de nouveau.

En revanche, lorsque leurs droits fondamentaux sont respectés, les adolescentes risquent moins la stigmatisation et la marginalisation et elles sont libres de se développer et d'entretenir des relations saines avec leurs ami(e)s et leurs pairs. Elles ont accès aux services de santé sexuelle et reproductive et sont en mesure de s'éduquer, quelle que soit leur situation. Elles sont alors plus à même de devenir des citoyennes en bonne santé, productives et autonomisées, pouvant participer sur un pied d'égalité aux activités de leur ménage, de leur communauté et de leur nation.



3

Pressions de sources multiples

Les grossesses chez l'adolescente ne se produisent pas ex nihilo mais sont la conséquence d'un ensemble de facteurs imbriqués tels que la pauvreté généralisée, l'acceptation par les familles et les communautés du mariage des enfants et l'insuffisance des efforts déployés pour maintenir les filles à l'école.

◀ *Faiz, 40 ans, et Ghulam, 11, chez eux avant leurs noces, en Afghanistan..*

© Stephanie Sinclair/VII/Tooyoungtowed.org (2005)

Cent soixante-dix-neuf pays ont convenu en 1994, lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), de la nécessité de « promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction et faire en sorte que le nombre des grossesses d'adolescentes diminue considérablement » (ICPD Programme of Action, paragraphe 7.46).

Toutefois, beaucoup des actions mises en œuvre, avant et après 1994, en vue de réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes ont été étroitement focalisées et ont ciblé les adolescentes, perçues comme étant la source du problème, et préconisent comme solution de modifier leur comportement.

Ces actions ne parviennent généralement pas à réduire le nombre des grossesses d'adolescentes car elles négligent les multiples facteurs sous-jacents à l'origine de ces grossesses de par le monde, à savoir le substrat économique, social, juridique et autre circonstances, ainsi que les structures, les systèmes, les normes et les violations des droits des adolescentes. Une autre insuffisance de ces approches est qu'elles ne tiennent pas compte du rôle des garçons et des hommes dans la perpétuation et la prévention de la grossesse chez l'adolescente.

Les approches écologiques de la grossesse chez l'adolescente prennent en considération toute la gamme des facteurs multiples qui entrent en jeu dans ce phénomène et de leurs actions conjuguées. De telles approches ont pour avantage d'aider les pouvoirs publics, les décideurs politiques et les parties prenantes à appréhender les défis à relever et à formuler des interventions plus efficaces qui permettront non seulement de réduire le nombre de grossesses, mais aussi d'éliminer la plupart des obstacles qui s'opposent à l'autonomisation des filles, pour faire en sorte que la grossesse ne soit plus l'issue probable de l'action de ces facteurs.

L'un de ces modèles écologiques met en évidence la constellation des forces qui se conjuguent contre l'adolescente et qui accroissent chez elle la probabilité de la grossesse (Blum and Johns

Hopkins, 2013). Ces forces, nombreuses et agissant à divers niveaux, ont toutes pour effet d'interférer, d'une manière ou d'une autre, avec l'aptitude de l'adolescente à bénéficier de ses droits ou à décider de son avenir.

La plupart des déterminants de ce modèle agissent à plusieurs niveaux. C'est ainsi, par exemple, que les politiques de niveau national peuvent limiter l'accès des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment à la contraception, et que la communauté ou la famille peuvent s'opposer à ce qu'il soit dispensé aux adolescentes une éducation détaillée en matière de sexualité ou d'autres informations sur les moyens de prévenir les grossesses.

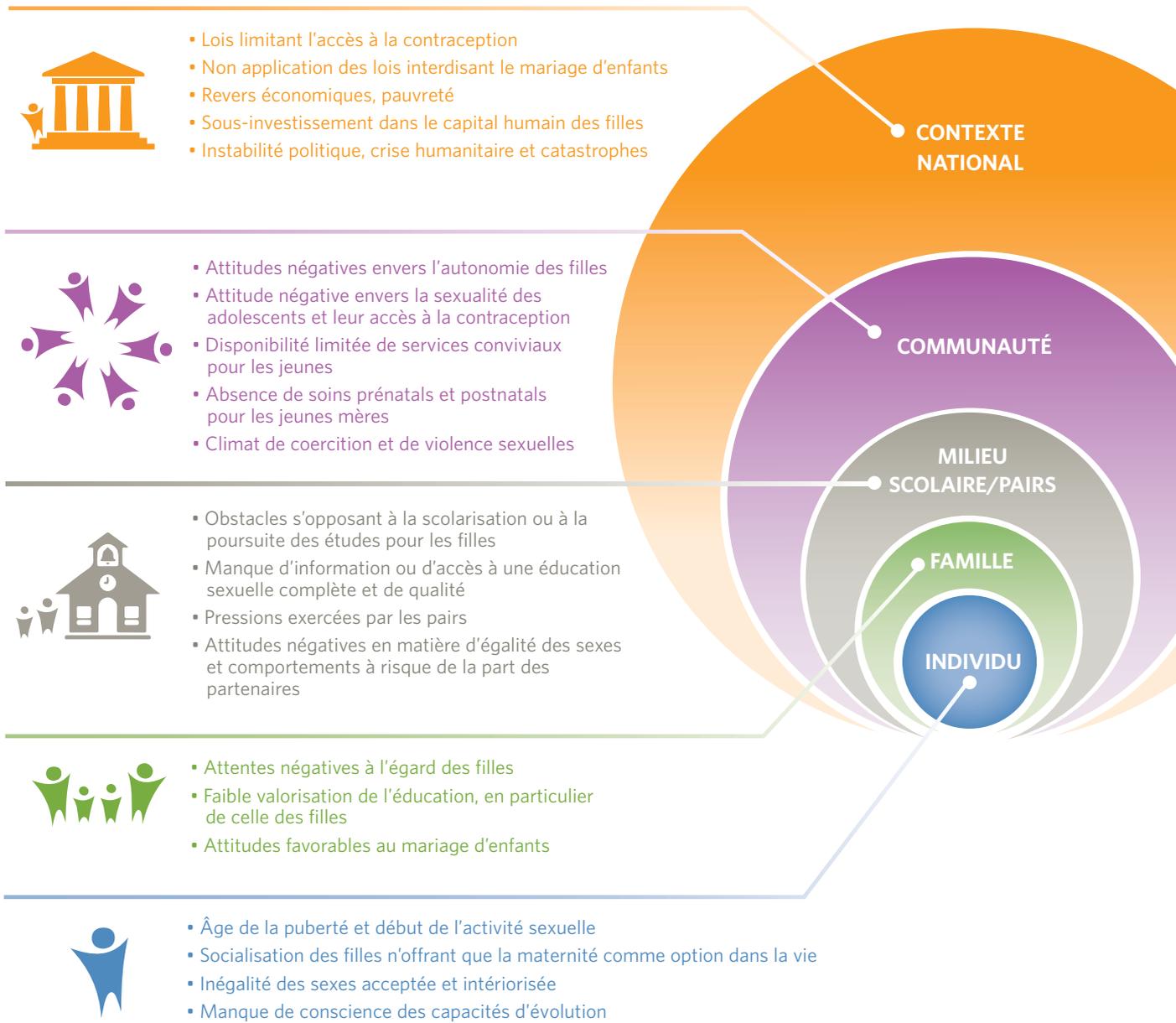
Ce modèle montre que les grossesses chez l'adolescente ne se produisent pas ex nihilo mais sont la conséquence d'un ensemble de facteurs imbriqués tels que la pauvreté généralisée, l'acceptation par les familles et les communautés du mariage des enfants et l'insuffisance des efforts déployés pour maintenir les filles à l'école.

Dans un guide technique sur l'application d'une approche fondée sur les droits de la personne visant à réduire la mortalité maternelle, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme a appelé en 2012 les États à prendre en considération les facteurs multiples et divers de la grossesse chez l'adolescente et d'éliminer « les causes immédiates et sous-jacentes » du problème. (Human Rights Council, 2012). Les normes liées au genre qui favorisent la grossesse précoce, le mariage d'enfants, les violences sexuelles et autres causes sous-jacentes figurent également dans le modèle écologique recommandé par le Haut-Commissariat.

Déterminants de niveau national

Les lois et les politiques nationales, le niveau de volonté des pouvoirs publics d'honorer leurs obligations au titre des instruments et des traités relatifs aux droits de la personne, la gravité de la pauvreté ou du manque et le degré de stabilité politique sont autant de facteurs qui peuvent entrer en jeu pour aboutir aux grossesses chez les

DÉTERMINANTS DE LA GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE : UN MODÈLE ÉCOLOGIQUE



adolescentes. Ces déterminants échappent au contrôle des adolescentes, ou de personnes de toute autre catégorie, mais ils peuvent avoir un impact énorme sur l'aptitude de celles-ci à influencer sur leur avenir et à réaliser leur potentiel.

Ainsi, par exemple, si les lois interdisant le mariage d'enfants sont appliquées, elles peuvent contribuer à l'élimination de l'une des principales vulnérabilités des adolescentes à la grossesse.

Il peut y avoir, au niveau national, un blocage de l'accès des adolescents à la contraception du fait de lois qui interdisent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris de planification familiale, aux moins de 18 ans sans le consentement de leurs parents ou de leur époux, ce qui empêche les filles sexuellement actives et leurs partenaires de disposer de moyens de contraception. De nombreux pays interdisent également la contraception d'urgence ou l'accès des adolescentes à cette forme de contraception.

Dans certains pays, il existe un écart entre l'âge du consentement à l'activité sexuelle et l'âge d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris à la contraception et à l'informa-

tion. L'exigence du consentement parental en tant que condition d'accès aux services peut avoir un effet inhibiteur sur les adolescents ou contraindre ceux-ci à s'en remettre au jugement de prestataires de soins qui décident s'ils possèdent les aptitudes ou remplissent les conditions requises pour être autorisés à bénéficier des services. Les prestataires de soins de santé peuvent hésiter à accorder leur autorisation par crainte de représailles de la part des parents ou tuteurs qui ne veulent pas que leurs enfants se procurent des moyens de contraception ou accèdent à d'autres services de santé sexuelle et reproductive.

Au niveau national, le principal facteur déterminant de la grossesse chez l'adolescente est un sous-investissement global dans la formation du capital humain des filles, en particulier l'éducation et la santé et notamment dans la santé sexuelle et reproductive. Moins de 2 % des sommes dépensées pour le développement international sont allouées spécifiquement pour le bénéfice des adolescentes (International Planned Parenthood Federation, n.d.).

Les grossesses chez les adolescentes tendent à être plus fréquentes au sein des populations autochtones et des minorités ethniques pour toute une gamme de raisons, notamment la discrimination et l'exclusion, le manque d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, la pauvreté ou la pratique du mariage d'enfants. En Serbie, dans la minorité rom, par exemple, le taux de natalité chez les adolescentes est de 158 pour mille, soit plus de six fois la moyenne nationale qui est 23,9 pour mille et davantage que le taux d'un grand nombre des pays les moins avancés (Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF, 2011). En Bulgarie, plus de 50 % des adolescentes rom mettent un enfant au monde avant l'âge de 18 ans, et en Albanie, l'âge moyen des mères rom à la naissance de leur premier enfant est de 16,9 ans (UNDP, 2011; UNFPA, 2012c). Les taux élevés de natalité chez les adolescentes des populations rom sont liés à un accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment de planifi-

▼ Soins prénatals au Centre de Tan Ux'il, au Guatemala..
© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



cation familiale, au mariage d'enfants, à l'exclusion sociale et économique de la société dans son ensemble, et aux pressions qui s'exercent au sein des communautés rom (Colombini et al., 2011).

La pauvreté et la stagnation économique sont d'autres forces de niveau national qui peuvent priver les adolescentes d'opportunités dans l'existence. Face à des perspectives limitées d'emploi, de moyens d'existence, d'autonomie, de niveau de vie décent et de tout ce qui l'accompagne, l'adolescente voit s'accroître sa vulnérabilité au mariage et à la grossesse précoces, parce que sa famille ou elle-même peuvent considérer que ce sont là ses seules options ou son destin. Par ailleurs, les adolescentes pauvres sont moins susceptibles de terminer leurs études et ont donc un accès réduit à une éducation sexuelle complète en milieu scolaire ou aux informations sur la santé sexuelle et reproductive et sur la prévention de la grossesse (World Health Organization, 2011).

Dans de nombreuses situations d'urgence, de conflit et de crise, les adolescentes sont souvent séparées de leur famille et isolées des structures sociales de protection. Elles font ainsi face à des risques accrus de viol, d'exploitation et d'abus sexuels, ce qui augmente leur vulnérabilité à la grossesse (Save the Children and UNFPA, 2009). En situation de crise ainsi que d'extrême pauvreté, pour subvenir à leurs besoins ou à ceux de leur famille, les adolescentes peuvent se sentir contraintes de se livrer à la prostitution, ce qui accroît leur vulnérabilité à la violence, aux infections sexuellement transmissibles et à la grossesse. Par ailleurs, du fait des perturbations des services, des infrastructures endommagées et du manque de sécurité, ou d'un soudain accroissement de la demande de services dépassant les capacités des prestataires, l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, y compris de planification familiale, peut être limité. De même, les établissements d'enseignement, qui sont souvent la principale source d'éducation sexuelle complète, peuvent être fermés et les autres sources d'informations exactes et complètes sur la prévention de la grossesse ou des

« [...] J'étais en première année du second cycle quand c'est arrivé. Un soir je suis allée à la corvée d'eau [...], il m'a prise [...], il m'a violée. J'étais terrorisée, mais je n'étais qu'une enfant de 15 ans, je ne pouvais pas savoir ou imaginer que j'allais tomber enceinte. Je l'ai su après. »

Léocadie, 16 ans - Burundi

infections sexuellement transmissibles, y compris par le VIH, risquent d'être rares, voire totalement absentes. Dans certaines situations de crise, les parents peuvent forcer leur fille à se marier afin de réduire leurs difficultés économiques ou en espérant que cet arrangement mettra leur enfant à l'abri des dangers dans les contextes où les violences sexuelles sont communes.

Déterminants de niveau communautaire

Chaque communauté a ses normes, ses croyances et ses attitudes qui déterminent le degré d'autonomie et de mobilité dont jouissent les adolescentes, la mesure dans laquelle elles sont capables de bénéficier de ses droits et de les exercer, si elles sont à l'abri de la violence, si elles sont exposées au mariage forcé, combien elles risquent de tomber enceintes, ou si elles peuvent reprendre leurs études après avoir eu un enfant.

Les forces de niveau communautaires sont d'une importance particulière : c'est d'elles que dépendent l'existence d'un climat de contrainte sexuelle, la voix ou l'absence de voix des jeunes dans la vie de la communauté, la disponibilité et l'accessibilité de services de santé sexuelle et

reproductive conviviaux pour les jeunes, et l'équipement et la dotation en personnel des services de santé maternelle pour fournir un soutien aux adolescentes durant leur grossesse et lors de l'accouchement puis pour les aider à éviter une deuxième grossesse.

« Je suis allée rencontrer mon petit ami dans un hôtel. Il m'a dit : je veux coucher avec toi sans préservatif. J'ai dit : non, avec un préservatif. Il m'a dit : si tu tombes enceinte, je m'occuperai de l'enfant. Et c'est comme ça que j'ai eu ma petite fille. »

Whitney, 16 ans - Suriname

Accès à la contraception et aux services de santé sexuelle et reproductive

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les adolescentes, et la fistule obstétricale (qui résulte d'accouchements prolongés et difficiles) est une importante source de morbidité (Patton et al., 2009; Abu Zahr, C., 2003). Les contraceptifs, notamment les préservatifs masculins et féminins, peuvent contribuer à prévenir les grossesses et les infections sexuellement transmissibles et éliminer un grand nombre de risques pour la santé qui y sont associés. Néanmoins, le besoin non satisfait de contraceptifs, d'information et de services reste grand chez les adolescents, en dépit d'engagements internationaux en faveur de l'élimination des obstacles à la planification familiale.

La conséquence est que tout un segment de la génération d'adolescents la plus nombreuse de l'histoire de l'humanité se trouve dans l'incapacité d'exercer pleinement ses droits en matière de

procréation, de prévenir les grossesses non désirées et de se protéger des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH (UNFPA 2012a).

En Afrique subsaharienne, en Asie centrale du Sud et en Asie du Sud-Est, plus de 60 % des adolescentes qui souhaitent éviter la grossesse ont un besoin non satisfait de moyens de contraception modernes. Les adolescentes qui au lieu d'employer des moyens de contraception modernes se fient à une méthode traditionnelle de planification familiale représentent plus de 80 % des grossesses non désirées dans ce groupe d'âge (UNFPA 2012a).

Attitudes, croyances et accès à la contraception

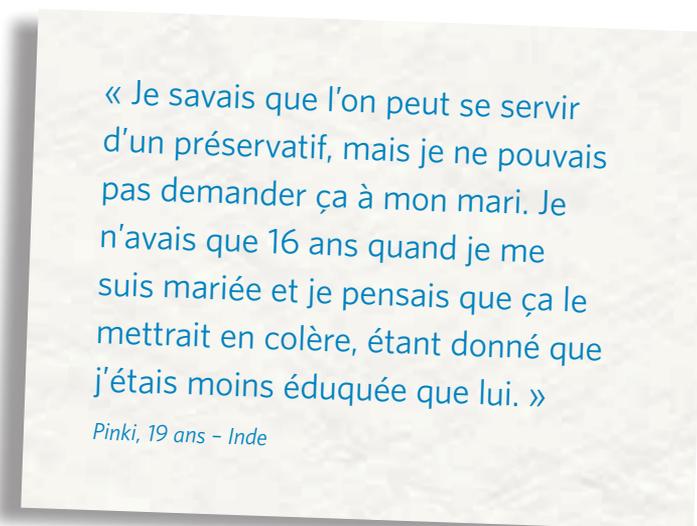
Au niveau communautaire, l'accès à la contraception peut être réduit par les normes, mœurs, attitudes et croyances selon lesquelles les adolescents ne devraient pas être sexuellement actifs et que par conséquent ils n'ont pas besoin de contraception. Cet écart entre les attitudes des adultes et les réalités des adolescents ouvre la porte aux grossesses précoces. Les normes en matière de genre, au niveau communautaire ou national, peuvent également déterminer si les adolescentes auront ou non accès à la contraception. Dans certaines sociétés, il est attendu des filles qu'elles se marient jeunes ou qu'elles donnent la preuve de leur fécondité avant que l'union soit officiellement reconnue. Les attentes à l'égard des garçons peuvent porter sur l'acquisition d'une expérience sexuelle ainsi que sur l'apport de preuves de leur fécondité (World Health Organization, 2012b).

L'impact du contexte socioculturel de niveau communautaire sur le comportement des jeunes femmes en matière de procréation ne peut pas être surestimé (Goicolea 2009). Dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud, ainsi que dans les communautés à faible revenu des pays à revenu élevé, la maternité peut être considérée comme « ce à quoi servent les filles » et la valeur sociale de celles-ci provient de leur capacité à produire des enfants (Presler-Marshall and Jones, 2012; Edin and Kefalas, n.d.).

Dans les pays en développement, environ 25 % des femmes de 15 à 49 ans ne se sont jamais mariées. Ce groupe de célibataires est constitué principalement par des adolescentes et des jeunes femmes de 15 à 24 ans. On a pu constater une tendance régulière, dans le long terme, d'accroissement de l'activité sexuelle chez ces adolescentes et ces jeunes femmes célibataires, due à une combinaison de facteurs : la baisse général de l'âge des premières règles, l'augmentation de l'âge au moment du mariage et l'évolution des valeurs sociétales (Singh and Darroch, 2012). Lorsqu'elles deviennent sexuellement actives, les adolescentes et les jeunes femmes qui n'ont jamais été mariées éprouvent des difficultés, bien plus que les femmes mariées, à se procurer des contraceptifs, en grande partie en raison de la stigmatisation liée à l'activité sexuelle avant le mariage.

Accès et demande chez les adolescents mariés

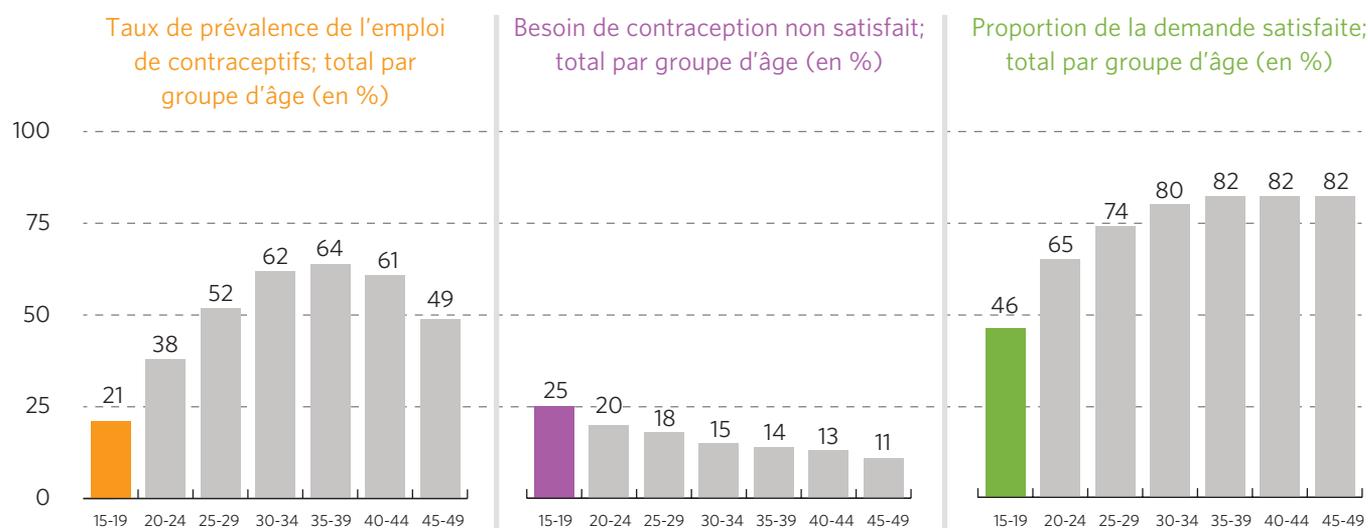
Dans les pays en développement (à l'exclusion de la Chine), environ une adolescente de moins de 18 ans sur trois est mariée ou vit maritalement (UNFPA, 2012b). Dans ce groupe, 23 % emploient une méthode de contraception moderne



ou traditionnelle, 23 % ont un besoin non satisfait de contraception et 54 % n'ont pas besoin de contraception car elles indiquent qu'elles souhaitent leur dernière grossesse. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2008), 75 % des naissances chez les adolescentes sont caractérisées par celles-ci comme l'issue d'une grossesse désirée.

Par comparaison aux autres groupes d'âge, les adolescentes mariées ou vivant maritalement

NIVEAUX D'UTILISATION ET DE DEMANDE DE CONTRACEPTIFS POUR 7 GROUPES D'ÂGE (DONNÉES LES PLUS RÉCENTES)



Source : UNFPA, 2013.

présentent à la fois le plus faible taux d'emploi de moyens de contraception et les plus hauts niveaux de besoin de contraception non satisfait, et donc les plus bas niveaux de demande de contraception satisfaite. Le manque d'expérience et la crainte ou la survenue d'effets secondaires sont les principales raisons du non emploi ou de la cessation de l'emploi de contraceptifs.

Dans les pays où la prévalence du mariage d'enfants est forte et la préférence pour les enfants de sexe masculin marquée, les adolescentes mariées sont exposées à des pressions pour qu'elles s'abstiennent d'employer des moyens de contraception jusqu'à ce qu'elles aient mis au monde un garçon (Filmer et al., 2008). Cette analyse de 5 millions de naissances survenues dans 65 pays a constaté que la préférence pour les garçons a un impact sur la fécondité en Asie du Sud, en Europe de l'Est et en Asie centrale.

Attitudes et comportement sexospécifiques

Les prescriptions rigides relatives aux attitudes et aux comportement appropriés pour les filles,

les garçons, les femmes et les hommes sont des construits sociaux qui varient selon les contextes locaux et les facteurs socioculturels tels que la classe ou la caste. Ces normes sociales relatives au genre sont appliquées et renforcées à de multiples niveaux, par les individus, dans les groupes de pairs et les familles, et reflétées dans les attitudes et les pratiques communautaires (UNFPA, 2012a).

Le traitement différencié des garçons et des filles commence tôt et se poursuit tout au long de leur existence. Cela fait que tout le monde, garçons, filles, hommes et femmes, assimile des messages sur les comportements ou les façons de penser appropriés et non appropriés, et que les gens commencent très vite à avoir des attentes divergentes pour les hommes et les femmes, eux-mêmes inclus. Ces attentes débouchent souvent sur des pratiques et des prises de risques qui ont des résultats négatifs dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, notamment sous forme de grossesse chez l'adolescente (UNFPA, 2012a). Dans de nombreux pays, les garçons et les hommes sont encouragés par la culture à avoir de multiples partenaires sexuelles ou à éviter l'emploi du préservatif dans leurs rapports sexuels.

Beaucoup d'adolescentes et de jeunes femmes indiquent qu'elles n'emploient pas de moyens de contraception, même lorsqu'ils sont disponibles et bien qu'elles aient le droit d'en faire usage, parce que leur partenaire s'y oppose ou a des opinions négatives sur la contraception (Presler-Marshall and Jones, 2012). Passer outre à l'opposition masculine à la contraception peut comporter des risques graves pour les adolescentes mariées ou vivant maritalement : en pratiquant la contraception subrepticement, elles s'exposent à des réactions violentes, au divorce ou à d'autres formes de sanctions si leur conjoint découvre la pratique ou si elles n'ont pas d'enfants (Presler-Marshall and Jones, 2012). Lorsque les attitudes masculines sont acceptées par l'ensemble de la société, les filles peuvent les intérioriser et exprimer elles aussi des opinions négatives sur la contraception.

▼ *Participant au Programme global d'autonomisation pour la réduction des grossesses non planifiées chez les mères adolescentes, parrainé par Women Across Differences et l'UNFPA.*

© UNFPA Guyana



Services conviviaux pour les jeunes

Pour être adaptés aux jeunes, les services de santé sexuelle et reproductive doivent être dispensés dans des lieux faciles d'accès, à des heures qui tiennent compte des activités habituelles des jeunes, dans une atmosphère accueillante, sans porter de jugements de valeur et dans le respect de la confidentialité. Le manque de confidentialité, ou l'impression d'un tel manque, constitue un obstacle majeur qui s'oppose à l'accès des filles à la contraception (Presler-Marshall and Jones, 2012). Toutefois, l'effet de services distincts autonomes ou parallèles réservés aux jeunes sur la réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes n'a pas encore été pleinement évalué.

Services pour les adolescentes enceintes

En Éthiopie, au Mali, au Niger, au Nigéria et au Tchad, moins de la moitié des adolescentes enceintes reçoivent des soins prénatals quels qu'ils soient, dispensés par un prestataire compétent (Kothari et al., 2012). Dans ces mêmes pays, les adolescentes sont encore moins nombreuses à mettre leur enfant au monde avec l'aide d'un accoucheur qualifié. Par ailleurs, une analyse des enquêtes démographiques et sanitaires (Reynolds, et al., 2006) a constaté que dans certains pays, notamment au Brésil, au Bangladesh, en Inde et en Indonésie, les adolescentes bénéficiaient moins souvent que les femmes de soins professionnels avant, pendant et après l'accouchement.

Les jeunes mères ayant leur premier enfant mettent généralement plus longtemps à reconnaître les complications, à se faire soigner, à atteindre un établissement de santé approprié et à obtenir des soins de qualité (UNFPA, 2007). Les adolescentes célibataires risquent en outre de faire face à la désapprobation des prestataires de soins, de leur communauté et de leur famille.

Les soins prénatals et postnatals sont non seulement essentiels pour la santé des adolescentes, mais ils offrent également l'occasion de fournir des informations et des moyens de contraception qui peuvent aider celles-ci à éviter une seconde grossesse.

« J'ai commencé à sortir pour que nous ayons de quoi manger [...] et je me suis retrouvée enceinte. »

Malebogo, 19 ans - Botswana

Violences et contrainte sexuelles

Les violences sexuelles à l'égard des adolescentes ont des conséquences sociales et physiques et des répercussions immédiates sur les droits, la santé et le développement social (Jejeebhoy et al., 2005; Garcia-Moreno et al., 2005). Les rapports sexuels forcés et les violences du partenaire intime accroissent la vulnérabilité des adolescentes à la grossesse.

La jeunesse constitue un facteur de risque connu qui accroît la probabilité pour les femmes de subir des violences de la part d'un partenaire intime (World Health Organization, 2010; Krug et al., 2002).

Les violences sexuelles sont définies par l'Organisation mondiale de la Santé comme « tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel, remarques ou avances sexuelles non souhaitées ou actes visant la sexualité d'une personne ou l'exploitation de cette sexualité en faisant usage de contrainte, commis par autrui quelle que soit ses relations avec la victime » (Krug et al., 2002: 149).

L'Organisation mondiale de la Santé, qui caractérise les violences sexuelles comme des violations des droits fondamentaux de la personne, estime qu'environ 150 millions d'adolescentes ont subi au cours de la seule année 2002 des relations sexuelles forcées ou d'autres formes de violence sexuelle (Andrews, 2004).

La première expérience sexuelle de nombreuses jeunes femmes a lieu sous la contrainte (Krug et

al., 2002; Garcia-Moreno et al., 2005; UNFPA and Population Council, 2009).

Une analyse des enquêtes démographiques et sanitaires de 14 pays a montré que la proportion de femmes de 15 à 24 ans dont la première expérience sexuelle, maritale ou prémaritale, a été non consensuelle connaît d'amples variations allant de 2 % en Azerbaïdjan à 64 % en République démocratique du Congo (UNFPA and Population Council, 2009).

De même, une étude multipays de l'Organisation mondiale de la Santé réalisée dans 10 pays a constaté que la proportion de femmes indiquant que leur première expérience sexuelle s'était déroulée sous la contrainte allait d'environ 1 % au Japon et en Serbie à environ 30 % au Bangladesh (Garcia-Moreno et al., 2005).

Les rapports sexuels sous la contrainte ont également lieu dans le cadre du mariage. Ainsi, par exemple, une analyse des enquêtes démographiques et de santé de 27 pays a-t-elle constaté

▼ *Au Guatemala, la Fondation pour les survivantes conseille les femmes et les filles ayant subi des agressions sexuelles.*
© UNFPA



que la proportion de femmes mariées de 15 à 24 ans ayant signalé la commission de violences sexuelles par leur époux allait de 1 % au Nigéria à 33 % en République démocratique du Congo (UNFPA and Population Council, 2009).

En fait, une étude menée à Nyeri (Kenya) chez les femmes mariées et célibataires de 10 à 24 ans, montre que les femmes mariées sont exposées à des risques encore plus grands de rapports sexuels sous contrainte que leurs homologues célibataires actives sexuellement (Erulkar, 2004).

Contrairement à la croyance populaire, les auteurs d'actes de violence sexuelle sont généralement des garçons et des hommes connus de leurs victimes adolescentes : maris, partenaires intimes, connaissances ou personnes en position d'autorité. Ce constat a été posé dans toutes les régions du monde (Jejeebhoy and Bott, 2005; Jejeebhoy et al., 2005; Bott et al., 2012; Erulkar, 2004).

On estime qu'une adolescente sur cinq est maltraitée durant la grossesse (World Health Organization, 2007; Parker et al., 1994). Vingt et un pour cent des adolescentes subissent des violences commises par leur partenaire intime dans les trois mois précédant l'accouchement. Les mauvais traitements et les violences durant la grossesse sont reconnus comme d'importants facteurs de risque de mauvaise santé chez la mère comme chez l'enfant (World Health Organization, 2007; Newberger et al., 1992).

La coercition sexuelle consiste à « forcer ou tenter de forcer autrui par la violence, les menaces, l'insistance verbale, la supercherie, les attentes culturelles ou les conditions économiques de se livrer à un comportement sexuel particulier contre son gré » (Heise et al., 1995). Plusieurs études de niveau national et sous-national indiquent que de 15 % à 45 % des jeunes femmes ayant des relations sexuelles prémaritales signalent avoir cédé au moins une fois à la coercition sexuelle.

L'adolescente dont le partenaire sexuel est considérablement plus âgé risque davantage de subir des relations sexuelles sous la contrainte, de contracter une infection sexuellement transmissible, y



inclus par le VIH, et de tomber enceinte. Lorsque la différence d'âge est particulièrement grande, la différence de pouvoir dans la relation est très défavorable à l'adolescente, de sorte qu'il est plus difficile pour elle de négocier l'emploi de moyens de contraception et en particulier de préservatifs pour éviter la grossesse et se protéger des infections sexuellement transmissibles. Dans cinq des 26 pays couverts par une étude récente (Kothari et al., 2012), au moins 10 % des adolescentes (de 15 à 19 ans) ont signalé avoir eu au cours de l'année précédente des rapports sexuel avec un homme qui était leur aîné de plus de 10 ans, à savoir en République dominicaine (10 %), en République du Congo (11 %), en Arménie et au Zimbabwe (15 %) et en Éthiopie (21 %).

Les adolescentes célibataires peuvent être exposées à une autre forme de coercition sexuelle qui accroît leur vulnérabilité à la grossesse : les pressions incitant aux relations sexuelles de nature transactionnelle. Il a été constaté, par exemple, dans une étude menée au Zimbabwe, que sur 1 313 hommes interrogés, 126 (soit 10,4 %) avaient signalé avoir

échangé de l'argent ou des cadeaux contre des rapports sexuels avec une adolescente au cours des six mois précédant l'enquête (Wyrod et al., 2011). Ces « cadeaux » sont « l'expression tangible de la différence de pouvoir et les filles auxquelles ils sont offerts ont très peu de possibilités de refuser » (Presler-Marshall and Jones, 2012).

Les organismes de défense des droits de la personne condamnent les violences sexuelles à l'égard des femmes et des adolescentes sous toutes leurs formes, qu'elles soient commises en temps de paix ou de guerre, par des acteurs étatiques ou des particuliers, au sein du ménage, à l'école, au travail ou dans les établissements de soins de santé et qu'elles soient causes de grossesse ou non. Le droit de vivre à l'abri de la violence, des mauvais traitements et de la torture, ainsi que le droit à la vie, le droit à la santé et le droit à la non-discrimination imposent aux États le devoir de protéger les femmes et les adolescentes de la violence, quel qu'en soit l'auteur (Center for Reproductive Rights, 2009).

Le Programme d'action de la CIPD reconnaît que l'un des piliers des programmes relatifs à la

▲ *Jeunes Équatoriens participant à une manifestation durant la semaine de prévention de la grossesse chez l'adolescente.*

©UNFPA/Jeannina Crespo

population et au développement est l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes, ainsi que des abus sexuels et des violences sexuelles envers les enfants et les adolescentes (ICPD, Principes 4 et 11).

Scolarisation, pairs, partenaires

La scolarisation

Plus les filles restent scolarisées, plus elles sont susceptibles d'employer des moyens contraceptifs et de prévenir les grossesses, et moins elles sont susceptibles de se marier jeunes (Lloyd, 2006; UNICEF, 2006; Lloyd and Young, 2009). Les filles non scolarisées risquent davantage de tomber enceintes que leurs homologues scolarisées, qu'elles soient mariées ou non.

En 2012, le Secrétariat de la 65^e Assemblée mondiale de la Santé a qualifié l'éducation de « facteur de protection majeur contre la grossesse précoce, chaque année de scolarité contribuant à

réduire le nombre de ces grossesses » et a ajouté que « les taux de natalité des femmes peu éduquées sont supérieurs aux taux observés chez les femmes qui ont fait des études secondaires ou supérieures ».

Si la corrélation entre le niveau d'éducation et les taux inférieurs de grossesse chez l'adolescente est bien établie, l'orientation de la causalité et la séquence des événements font encore l'objet de certains débats, ainsi qu'il a été noté au chapitre précédent. Dans de nombreux pays, l'abandon scolaire des adolescentes est attribué à la survenue d'une grossesse; toutefois, la grossesse et le mariage précoce tendent davantage à être des conséquences que des causes de l'abandon scolaire. Une fois que les filles ont quitté les bancs de l'école, la grossesse et/ou le mariage surviennent généralement à brève échéance (Lloyd and Young, 2009).

Le niveau d'éducation et la transition menant à l'activité sexuelle et procréative sont étroitement liés en ce que la grossesse ou le mariage précoce peut venir interférer avec la scolarité des filles. Étant donné que les garçons se marient généralement plus tard que les filles et qu'ils ne sont pas exposés aux mêmes risques et aux responsabilités associées à la grossesse, leur maturation et leur comportement sexuels ne risquent pas de faire obstacle au déroulement de leurs études de la même façon (Lloyd and Young, 2009).

Une étude réalisée en 2012 apporte des preuves que les interventions qui encouragent la fréquentation scolaire sont efficaces pour réduire le taux global de fécondité des adolescentes, ce qui milite en faveur d'une expansion des possibilités d'études pour les filles et d'une offre d'incitatifs pour amener celles-ci à rester scolarisées (McQueston et al., 2012). La création de conditions qui permettent aux filles de faire des études et de rester scolarisée, ou qui les y encouragent, peut toutefois exiger l'élimination d'obstacles économiques qui s'opposent à l'accès à l'éducation, par exemple par une exemption des frais de scolarité pour les filles des ménages pauvres. Il peut aussi y avoir lieu d'atténuer les risques pour la santé et la sécurité des filles, par exemple en protégeant celles-ci des abus et des

▼ Filles apprenant à lire, dans l'État du Rajasthan (Inde).
© Mark Tuschman/
Educate Girls India



violences sexuelles dans les établissements scolaires ou sur le chemin de l'école, et de veiller à l'instauration d'un milieu scolaire sensible aux spécificités culturelles.

« J'ai commencé à vivre avec mon partenaire à l'âge de 14 ans. Je prévoyais au départ d'avoir une relation stable, de poursuivre mes études et de m'orienter vers une profession libérale. Mais je suis tombée enceinte à 15 ans. Au début, je ne savais même pas comment on s'occupe d'un nouveau-né. J'ai dû arrêter mes études. »

Marcela, 18 ans - El Salvador

Une éducation sexuelle complète et adaptée à l'âge

Peu de jeunes bénéficient d'une préparation appropriée à la vie sexuelle et reproductive. Cette carence les laisse vulnérables à la contrainte, aux abus et à l'exploitation, aux grossesses non désirées et aux infections sexuellement transmissibles, y inclus au VIH. Nombreux sont ceux qui approchent de l'âge adulte avec des informations et des messages contradictoires et faux sur la sexualité. Le problème est souvent aggravé par la gêne, le silence et la désapprobation d'un traitement ouvert des questions sexuelles de la part des adultes, parents et enseignants, à un moment où un tel traitement est le plus nécessaire.

Dans de nombreux cas, les adolescents possèdent des informations inexacts et incomplètes sur la sexualité, la reproduction et la contraception (Presler-Marshall and Jones, 2012). Une étude menée en Ouganda, par exemple, a constaté qu'un

adolescent sur trois et une adolescente sur deux ne savaient pas que les préservatifs sont à usage unique (Presler-Marshall and Jones, 2012; Bankole et al., 2007). Une étude menée en Amérique centrale a révélé qu'un adolescent sur trois ne savait pas que les filles peuvent tomber enceintes la première fois qu'elles ont des rapports sexuels (Presler-Marshall and Jones, 2012; Remez et al., 2008). Et une étude réalisée dans une région de l'Éthiopie a montré que si près de la moitié de tous les adolescents savaient que des rapports sexuels non protégés peuvent résulter en une infection par le VIH, moins de la moitié se rendaient compte qu'ils pouvaient également résulter en une grossesse (Presler-Marshall and Jones, 2012; Beta Development Consulting, 2012).

L'éducation sexuelle complète est une approche adaptée à l'âge et tenant compte des spécificités culturelles qui dispense des connaissances sur la sexualité et les relations interpersonnelles et qui apporte des informations scientifiquement exactes et réalistes sans porter de jugement de valeur. Elle offre aux apprenants la possibilité d'explorer leurs propres valeurs et leurs attitudes et renforce les aptitudes en matière de prise de décisions, de communication et de réduction des risques.

Le Programme d'action de la CIPD a reconnu que l'apport d'information aux adolescents constitue la première mesure à prendre pour réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes et les avortements dangereux ainsi que pour habiliter les adolescents à prendre des décisions réfléchies et éclairées (paragraphes 7.44 et 11.9). Les organes de surveillance des traités sur les droits de la personne ont appelé les pouvoirs publics à honorer leur obligation d'assurer l'accès à l'éducation et à l'information en matière de sexualité.

En s'adressant aux adolescents peu après l'âge de la puberté, les programmes dispensés en milieu scolaire peuvent offrir aux jeunes les informations et les aptitudes dont ils auront besoin pour prendre

ATTITUDES DES ADOLESCENTS DE 12 À 14 ANS, PAR SEXE ET PAR PAYS, SUR L'ÉDUCATION SEXUELLE POUR LES JEUNES (2004)

Sexe/Pays	Il est important d'offrir des cours d'éducation sexuelle dans les écoles	Les jeunes de 12 à 14 ans devraient apprendre à se servir de préservatifs pour éviter le sida	Les cours d'éducation sexuelle n'encouragent pas les jeunes à avoir des relations sexuelles
Filles			
Burkina Faso	78	73	63
Ghana	91	49	68
Malawi	67	76	68
Ouganda	82	76	49
Garçons			
Burkina Faso	81	78	59
Ghana	89	63	62
Malawi	73	73	68
Ouganda	78	76	52

Source : Bankole and Malarcher, 2010.

des décisions responsables dans leur vie sexuelle future (Kirby, 2011).

Par le biais de programmes d'éducation en matière de sexualité, on peut encourager les adolescents à retarder leur activité sexuelle et à se comporter de manière responsable lorsqu'ils se livreront à des activités consensuelles, notamment en employant les préservatifs et les autres méthodes de contraception modernes (Kirby, 2011).

L'éducation sexuelle est plus susceptible d'avoir un impact positif si elle est complète et dispensée par des pédagogues qui ont reçu une formation appropriée et qui possèdent des connaissances approfondies sur la sexualité humaine, y compris sur la formation comportementale et qui sont à l'aise pour interagir avec les adolescents et les

jeunes sur des sujets délicats. Le programme d'enseignement devrait avoir des objectifs clairement définis en matière de santé de la reproduction, tels que la prévention des grossesses non désirées, ainsi que sur les comportements à risques à éviter et les comportements protecteurs qui mènent directement à la réalisation de ces objectifs de santé (Kirby, 2011).

Les programmes d'enseignement gagnent en efficacité s'ils développent également les aptitudes à la vie active, tiennent compte des facteurs contextuels et se concentrent sur les sentiments émergents et les expériences qui accompagnent la maturité dans le domaine de la sexualité et de la procréation. Pour prévenir efficacement la grossesse et les infections sexuellement transmissibles, l'éducation sexuelle doit être liée aux services de santé reproductive et notamment de contraception (Chandra-Mouli et al., 2013).

Les parents et les éducateurs craignent parfois que l'éducation sexuelle constitue un encouragement à l'activité sexuelle, mais les recherches montrent qu'elle n'a pas pour effet de hâter ni d'encourager cette activité chez les adolescents. (UNESCO, 2009). Une analyse de 36 programmes d'éducation sexuelle dispensés aux États-Unis a conclu, par exemple, que lorsque ces programmes fournissent des informations sur l'abstinence et la contraception, il ne se produit pas d'augmentation de l'activité sexuelle chez les adolescents et que le début de cette activité n'est pas plus précoce (Advocates for Youth, 2012).

Une étude portant sur quatre pays africains montre que les adolescents sont généralement en faveur de l'éducation sexuelle en milieu scolaire. La plupart des filles et des garçons interrogés ont également signalé que cela ne les encourageait pas à l'activité sexuelle (Bankole and Malarcher, 2010).

Pour que les filles et les garçons bénéficient d'une éducation sexuelle dispensée en milieu scolaire, il faut, à l'évidence, qu'ils soient scolarisés. Dans certains pays, les deux tiers des filles de 12 à 14 ans ne font pas d'études, ce qui fait que la majorité des filles de ce groupe d'âge n'est pas

atteinte par les programmes scolaires (Biddlecom, et al., 2007); ceci souligne la nécessité de programmes ciblant les jeunes non scolarisés.

Dans les pays où les jeunes sont nombreux à ne pas faire d'études secondaires, l'éducation sexuelle et les programmes visant à réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles peuvent également être dispensés dans des établissements de santé, par le biais d'émissions de radio et dans des contextes communautaires qui attirent les jeunes.

Mais la disponibilité d'une éducation sexuelle ne garantit pas à elle seule l'obtention de résultats. La qualité, le ton, le contenu et les modalités ont également leur importance. Les enseignants qui se sentent mal à l'aise devant le sujet traité ou qui portent des jugements de valeur sur la sexualité des adolescents peuvent communiquer des informations inexacts, prêtant à confusion et incomplètes. Dans certaines contextes, l'offre d'une éducation sexuelle complète aux garçons et aux filles dans des classes mixtes peut amener les filles à s'abstenir d'assister aux cours (Pattman and Chege, 2003; Presler-Marshall and Jones, 2012).

Le Comité des droits de l'enfant a également noté que « conformément à leur obligation d'assurer le droit à la vie, à la survie et au développement de l'enfant (art. 6), les États parties [à la Convention relative aux droits de l'enfant] doivent veiller à ce que les enfants aient les moyens d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour se protéger et protéger autrui dès qu'ils commencent à avoir des expériences sexuelles » (Committee on the Rights of the Child, 2003a).

Les organes internationaux compétents en matière de droits de la personne ont noté quant à eux que les droits à la santé, à la vie, à la non-discrimination, à l'information et à l'éducation exigent des États qu'ils éliminent d'une part les obstacles à l'accès des adolescents aux informations sur la santé sexuelle et reproductive et qu'ils veillent d'autre part à ce qu'il soit dispensé une éducation sexuelle complète et exacte en milieu tant scolaire qu'extra-scolaire. Les organes de surveillance des traités ont de même recommandé que l'éducation en matière

de santé sexuelle et reproductive soit rendue obligatoire et qu'elle constitue un élément solide des programmes d'enseignement de niveau primaire et secondaire, y inclus dans les établissements d'enseignement professionnel (Center for Reproductive Rights, 2008a; voir aussi le Programme d'action de la CIPD, paragraphe 11.9).

Les pairs

Les pairs peuvent influencer sur la façon dont les adolescentes appréhendent la grossesse, ainsi que leurs attitudes concernant la prévention de la grossesse, l'abandon scolaire ou l'achèvement de leurs études. Les pressions exercées par les pairs peuvent aussi bien s'opposer aux activités sexuelles et au mariage précoces qu'accroître la probabilité d'activités sexuelles précoces et de rapports sexuels non protégés (Chandra-Mouli et al., 2013).



© Mark Tuschman

Les partenaires

Une autre influence que subissent les adolescentes est celle de leur partenaire sexuel ou de leur époux, laquelle influence dépend de l'âge de celui-ci et de ses opinions sur le mariage, la sexualité, les rôles attribués aux deux sexes, la contraception, la grossesse et la maternité.

Les recherches sur l'activité sexuelle précoce chez les adolescents de sexe masculin montrent que les perceptions malsaines en matière de sexualité, notamment le fait de considérer les femmes comme des objets sexuels, d'aborder les rapports sexuels sous l'angle de la performance et de recourir aux pressions ou à la force pour avoir des rapports sexuels, commencent dans l'adolescence et peuvent se poursuivre durant l'âge adulte. Les perceptions de la masculinité chez les jeunes hommes et les adolescents de sexe masculin sont un facteur déterminant de la prise de risque, y inclus par des pratiques sexuelles dangereuses.

Association des hommes et des garçons aux processus

Le fait de renforcer les possibilités de participation des garçons et des jeunes hommes aux efforts

« Je ne savais pas qu'il voulait me faire un enfant cette fois-ci; nous avions dit que nous attendrions que j'ai 18 ans. [...] Je n'étais pas prête à avoir un bébé et c'est ce qui m'a fait penser à ne pas le garder, mais mes amies ont insisté en disant que je devrais, puisque mon partenaire et moi vivions déjà ensemble. [...] Mais je sais bien que je n'étais pas vraiment prête. »

K.C., 18 ans, enceinte à 17 ans - Philippines

d'instauration de l'égalité des sexes pour qu'ils y apportent leur soutien peut avoir un impact non seulement sur l'existence des femmes et des filles mais aussi sur la leur propre (UNFPA 2013b).

Les garçons et les hommes sont souvent amenés, de par leur socialisation, à considérer les rapports sexuels comme une prérogative qui leur est due, et on leur apprend à prendre l'initiative dans leurs relations sexuelles, ce qui est source de pressions (et d'une insécurité) considérables. Les définitions traditionnelles de la masculinité peuvent encourager les hommes à avoir de multiples partenaires sexuelles et à prendre des risques en matière de sexualité (UNFPA, 2012).

Bien que ce soient les femmes qui souffrent plus généralement des effets négatifs des normes néfastes relatives au genre durant leur existence, la société socialise également les hommes, les adolescents de sexe masculin et les garçons selon des valeurs qui mènent à des résultats peu satisfaisants sur le plan de la santé sexuelle et reproductive. Dans de nombreuses sociétés, les hommes sont encouragés à exprimer leur virilité en prenant des risques, en affirmant leur endurance, en supportant la douleur, en agissant en soutien de famille indépendant et en ayant de multiples partenaires sexuelles. Les garçons et les hommes se voient inculquer le rôle de chef de famille et la responsabilité de subvenir aux besoins du ménage et le fait d'adopter les fonctions et les comportements correspondants sont les principaux moyens par lesquels ils affirment leur masculinité.

Les normes relatives au genre établissent et renforcent généralement la subordination des femmes aux hommes et produisent des effets peu satisfaisant en matière de santé sexuelle et reproductive pour l'un et l'autre sexe. Les femmes sont souvent dans l'incapacité de se renseigner sur leurs droits et d'obtenir les ressources qui pourraient les aider à planifier leur vie et leur famille, à progresser dans leurs études et à appuyer leur participation aux activités économiques formelles (Greene and Levack, 2010). Les hommes n'ont souvent pas accès à la plupart des sources d'information et de services de santé sexuelle et peuvent en venir à considérer que

la planification de la famille ne relève pas de leur domaine et que c'est aux femmes de s'en charger.

Dans le contexte des droits en matière de santé sexuelle et reproductive et en matière de procréation, il est reconnu de plus en plus largement au sein de la communauté internationale que la réductions des inégalités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé, la promotion de la santé sexuelle et reproductive et des droits en la matière, et la prévention de l'infection par le VIH et de la violence sexiste à tous les niveaux de la société ne sont pas possibles sans des initiatives visant à associer directement les hommes et les garçons à ces processus (International Planned Parenthood Federation, 2010).

Déterminants de niveau familial

À moins qu'elles ne vivent dans un ménage ayant un enfant pour chef de famille ou qu'elles ne soient sans abri, les filles subissent l'influence de leur famille ou de leur tuteur. Parmi les déterminants de niveau familial figurent la stabilité et la cohésion de la famille, la mesure dans laquelle il existe des conflits et des violences au sein de la famille, la pauvreté ou la richesse du ménage, la présence de modèles de rôles et les antécédents des parents en matière de procréation, en particulier si la mère ou le père se sont mariés étant enfants ou si la mère est tombée enceinte durant son adolescence. Au nombre des déterminants à ce niveau, il convient également de citer le niveau d'éducation des adultes et leurs attentes pour leurs enfants, le niveau de communication au sein du ménage, la force des valeurs culturelles et religieuses et les opinions des décideurs familiaux sur les rôles attribués aux deux sexes et sur le mariage d'enfants.

Mariage d'enfants

La prévalence du mariage d'enfants dépend en partie des politiques et des lois nationales et de leur application, des normes de niveau communautaire et de l'étendue de la pauvreté dans le pays, mais c'est au niveau de la famille que se prennent les décisions d'obliger un enfant à se marier ou à contracter une union.

EXTRAITS DU PROGRAMME D'ACTION DE LA CIPD RELATIFS À L'ÉGALITÉ DES SEXES

Les objectifs visés sont les suivants : réaliser l'égalité et l'équité entre les hommes et les femmes sur la base d'un partenariat harmonieux et permettre aux femmes de s'épanouir pleinement; renforcer la contribution des femmes au développement durable en les associant pleinement au processus d'élaboration de politiques et de prise de décisions à tous les stades [...]; Veiller à doter toutes les femmes, de même que tous les hommes, d'une éducation qui leur permette de satisfaire leurs besoins humains fondamentaux et d'exercer les droits fondamentaux de la personne humaine.

Les pays devraient entreprendre de promouvoir les femmes et d'éliminer les inégalités entre hommes et femmes le plus rapidement possible : en instituant des mécanismes de nature à favoriser l'égalité participation et la représentation équitable des femmes à tous les échelons de la vie politique et de la vie publique [...]; en permettant aux femmes de donner la pleine mesure de leurs capacités par l'éducation, la formation et l'emploi, en donnant une importance primordiale à l'élimination de la pauvreté, de l'analphabétisme et de la morbidité chez les femmes; en éliminant toutes les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes; en aidant les femmes à faire valoir et à exercer leurs droits notamment dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité. (Programme d'action, paragraphes 4.1-4.4)

Par définition, il y a mariage d'enfants lorsqu'au moins l'un des partenaires a moins de 18 ans. Chaque jour, 39 000 filles se marient et l'on attend généralement d'elles qu'une fois mariées, elles produisent un enfant. Dans les pays en développement, environ 90 % des grossesses d'adolescentes surviennent au sein d'un mariage.

Environ 16 % des filles des pays en développement (à l'exclusion de la Chine) se marient avant l'âge de 18 ans, contre 3 % des garçons. Une fille sur neuf est mariée avant l'âge de 15 ans. Les taux de natalité des adolescentes atteignent leur niveau le plus élevé lorsque le mariage d'enfants est le plus prévalent; et quelle que soit la richesse globale de la nation, les filles appartenant au quintile de revenu inférieur sont plus susceptibles d'avoir un enfant dans leur adolescence que leurs homologues des catégories de revenu supérieures.

Au nombre des raisons qui font que le mariage d'enfants persiste figurent les traditions locales

ou la croyance des parents que cela peut assurer l'avenir de leur fille. Mais très fréquemment, le mariage d'enfants est la conséquence de limitation des options disponibles. Les filles non scolarisées ou celles qui abandonnent leurs études sont particulièrement vulnérables; en revanche plus une fille a d'éducation formelle et plus sa famille est aisée, plus il y a de chances qu'elle se mariera plus âgée. En termes simples, quand les filles ont des choix dans la vie, elles se marient plus tard. (UNFPA, 2012).

Les filles mariées subissent souvent des pressions qui les encouragent à concevoir un enfant immédiatement ou très vite après les noces, bien qu'elles soient encore elles-mêmes des enfants et qu'elles aient peu de connaissances sur la sexualité ou la reproduction. Or une grossesse survenant trop tôt, avant que l'organisme de la mère ne soit parvenu à la maturité, est un risque pour la mère comme pour l'enfant.

Dans 146 pays, la loi ou le droit coutumier permettent aux filles de moins de 18 ans de se marier avec le consentement des parents ou d'autres autorités; dans 52 pays, les filles de moins de 15 ans peuvent se marier avec le consentement des parents. En revanche, l'âge légal du mariage sans consentement autre que celui des futurs époux est de 18 ans pour les hommes dans 180 pays. Le manque d'égalité des sexes en matière d'âge légal du mariage vient renforcer la norme sociale selon laquelle il est acceptable que les filles se marient plus jeunes que les garçons.

Les hommes exercent un pouvoir disproportionné dans pratiquement tous les domaines de l'existence, ce qui limite l'exercice des droits des femmes et des filles et s'oppose à ce qu'elles jouent un rôle égal au sein du ménage et de la communauté. Les normes relatives au genre sont inégales et tendent à accorder aux garçons et aux hommes une valeur supérieure à celle des filles et des femmes. Lorsque dès leur naissance les filles ne sont pas perçues comme ayant la même valeur que les garçons, les familles et les communautés peuvent sous-valoriser les avantages qu'il y a à éduquer leurs filles et à investir dans leur développement.

Par ailleurs, la valeur perçue des filles peut connaître un changement lorsque celles-ci arrivent à la puberté. Le mariage d'enfants est souvent considéré comme une protection contre l'activité sexuelle prémaritale et le devoir de protection de la fille contre le harcèlement sexuel et les violences sexuelles passe du père au mari.

Les exigences coutumières telles que la dot ou le « prix de la fiancée » peuvent également entrer en considération dans le raisonnement de la famille, en particulier dans les communautés où le montant de la dot à verser est plus faible quand la fille est plus jeune.

Les familles, en particulier les familles pauvres, peuvent vouloir assurer l'avenir de leur fille dans un contexte où il y a peu de possibilités pour les filles de devenir économiquement productives. Les familles peuvent vouloir former ou renforcer des alliances, rembourser des dettes ou régler des différends. Elles peuvent également vouloir s'assurer que leurs enfants auront suffisamment d'enfants pour les faire vivre dans leurs vieux jours. Elles peuvent vouloir se débarrasser du fardeau qu'est une fille pour elles. Dans certains cas extrêmes, elles peuvent vouloir gagner de l'argent en vendant leur fille.

Les familles peuvent aussi considérer le mariage d'enfants comme une alternative à l'éducation dont elles peuvent craindre qu'elle rende les filles impropres à ses fonctions d'épouse et de mère. Elles peuvent partager les normes sociales et les modèles matrimoniaux de leurs voisins et de leur communauté, ou les modèles historiques auxquels s'est toujours conformée la famille. Ou elles peuvent craindre que leur fille déshonore la famille en ayant un enfant hors mariage ou en choisissant un époux non approprié.

Toutefois, le mariage d'enfants ne s'accompagne pas toujours immédiatement de relations sexuelles. Dans certaines cultures, les filles peuvent se marier très jeunes mais ne pas vivre avec leur mari avant un certain temps. Au Népal et en Éthiopie, par exemple, la pratique de la non-consommation du mariage des épouses enfants est courante, tout particulièrement en milieu rural.

Bien qu'elles soient souvent considérées comme adultes aux yeux de la loi ou de la coutume (lorsque les enfants sont mariés, ils sont souvent émancipés en vertu des lois nationales et perdent les protections accordées aux enfants), les épouses enfants ont besoin d'une attention et de soutiens particuliers en raison de leur exceptionnelle vulnérabilité (Committee on the Rights of the Child, 2003). Comparées aux femmes plus âgées, les épouses enfants sont plus vulnérables à la violence domestique, aux infections sexuellement transmissibles et aux grossesses non planifiées en raison des inégalités de pouvoir, notamment de celles qui peuvent découler des différences d'âge (Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2013).

Les normes internationales des droits de la personne condamnent le mariage d'enfants. Selon la Déclaration universelle des droits de l'homme, instrument fondamental dans ce domaine, « le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux ». Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels et le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes ont condamné de multiples reprises la pratique du mariage d'enfants. Le Comité des droits de l'homme s'est joint à d'autres organes de traités pour recommander une réforme juridique aux fins de l'élimination du mariage d'enfants (Center for Reproductive Rights, 2008), et la Convention relative aux droits de l'enfant et son comité exigent des États parties qu'ils « prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants ».

Les parents

Les parents jouent un rôle central et déterminant, tant direct qu'indirect, pour l'avenir de leurs filles adolescentes. En tant que modèles de rôle, ils peuvent renforcer et perpétuer l'inégalité des sexes ou inculquer à leurs enfants la conviction que les filles et les garçons doivent jouir des mêmes droits et se voir offrir les mêmes chances dans la vie. Ils

CES ENFANTS QUI METTENT AU MONDE DES ENFANTS

Radhika Thapa n'avait que 16 ans lorsqu'elle a épousé un homme de 21 ans, il y a trois ans de cela. Elle attend aujourd'hui un bébé et en est aux derniers mois de sa grossesse. Ce n'est pas la première fois qu'elle est enceinte, mais ses deux premières grossesses se sont terminées par une fausse couche.

« La première fois que j'ai conçu un enfant, je n'avais que 16 ans; je ne savais pas grand-chose sur la maternité : personne ne m'avait dit ce qu'il faut faire », explique Radhika tout en s'occupant des clients dans le stand de primeurs qu'elle tient avec son mari dans la petite ville de Champi, à une douzaine de kilomètres de Katmandou, capitale du Népal. « La deuxième fois, je n'étais pas prête non plus, mais mon mari voulait un enfant, alors j'ai cédé », admet-elle. Après sa deuxième fausse couche, les médecins lui ont fortement recommandé d'attendre quelques années avant d'essayer d'avoir un autre enfant, mais Radhika a cédé aux pressions intenses de sa belle-famille qui la menaçait de « trouver une autre femme pour son mari si elle continuait à perdre ses bébés ».

Selon l'Enquête démographique et sanitaire népalaise de 2011, 17 % des adolescentes mariées de 15 à 19 ans sont enceintes, soit déjà mères. L'enquête a également révélé que 86 % des adolescentes mariées pratiquent une forme quelconque de contraception, ce qui fait que rares sont celles qui sont en mesure d'espacer les naissances.

« Nous avons là des enfants qui mettent au monde des enfants », dit Giulia Vallese, représentante du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) pour le Népal.

« Quand les filles tombent enceintes, c'est la fin de leurs études, et donc très peu de possibilités d'emploi et la pauvreté », note Bhogendra Raj Dotel de la Division de la planification familiale et de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, organisme de l'État.

Menuka Bista, 35 ans, est travailleuse de santé bénévole locale à Champi, où elle vient en aide à quelque 55 ménages de son district. Elle conseille Radhika Thapa pour s'assurer que la grossesse de celle-ci se passe bien. « Radhika [...] sait qu'elle doit se faire examiner par le médecin et avoir une alimentation nutritive pour son bébé pour ne pas avoir de problèmes, mais ce n'est pas elle qui décide de sa santé : ce sont son mari et ses beaux-parents », dit Mme Bista.

Cette remarque trouve des échos dans les résultats de recherches menées par divers experts : selon M. Dotel, ce sont les maris et les belles-familles qui prennent toutes les décisions relatives à la santé génésique des femmes, depuis l'hôpital où elles vont se faire examiner jusqu'au lieu où elles accouchent. En conséquence, Mme Vallese estime qu'il est important de dispenser aux maris et aux membres de leur famille des formations sur la santé et les droits en matière de reproduction.

— Malika Aryal, *Inter Press Service*

peuvent transmettre des informations vitales sur la sexualité et la prévention de la grossesse ou s'abstenir d'en transmettre. Ils peuvent accorder de la valeur à l'éducation de leurs enfants des deux sexes ou socialiser les filles en les amenant à considérer que leur seule destinée est de se marier et d'avoir des enfants. Ils peuvent contribuer à l'acquisition par les filles de compétences pratiques pour la vie quotidienne et les encourager à l'indépendance ou ils peuvent céder aux pressions économiques et communautaires et forcer leurs filles à se marier et à vivre leurs jours dans une relation de dépendance.

Déterminants de niveau individuel

L'adolescence constitue une phase de transition d'une importance majeure entre l'enfance et le début de l'âge adulte, au cours de laquelle sont tracés d'importants itinéraires individuels en matière de comportement et de santé et où l'on peut prévenir ou réduire l'adoption de modèles comportementaux problématiques ou néfastes et renforcer les modèles positifs.

La puberté est un moment pivot de l'adolescence. En moyenne, les filles l'atteignent de 18 à

24 mois avant les garçons, dont le développement physique est plus lent et peut se poursuivre jusqu'à une phase tardive de l'adolescence. Chez elles, de nombreux changements développementaux associés avec les capacités adultes de reproduction sont souvent achevés avant que les capacités intellectuelles et les aptitudes à la prise de décisions n'arrivent à leur pleine maturité. La puberté est une époque où l'on voit se renforcer les rôles et les attentes sexospécifiques.

Dans la majorité de l'Europe et de l'Amérique du Nord, la puberté s'achève généralement chez les filles entre l'âge de 12 ans et de 13 ans; dans le monde, l'âge de la puberté diminue, tout particulièrement dans les pays à revenu intermédiaire et élevé. Il n'est pas rare de nos jours que dans certains pays développés, les filles arrivent aux premiers stades de la puberté dès l'âge de 8 ou 9 ans. Parmi les facteurs associés à l'âge de la puberté figurent la nutrition et l'hygiène. À mesure que l'état de santé des populations s'améliore, l'âge de l'apparition des premières règles diminue. Chez les garçons, la puberté se situe généralement entre 14 ans et 17 ans.

Filles dans une école rurale du Rajasthan (Inde).

© Mark Tuschman/
Educate Girls India



Les données recueillies dans les pays scandinaves, par exemple, indiquent que l'âge moyen de l'apparition des règles qui se situait entre 15 ans et 17 ans au milieu du XIXe siècle s'établit aujourd'hui entre 12 ans et 13 ans. Les données recueillies en Arabie saoudite, en Gambie, en Inde, au Koweït, en Malaisie et au Mexique font également apparaître une diminution de l'âge des premières règles. L'âge moyen de l'apparition des règles est de 15,8 ans au Bangladesh, de 16,1 ans au Sénégal; il est inférieur d'un an ou deux à ces valeurs dans les autres pays en développement (Thomas et al., 2001).

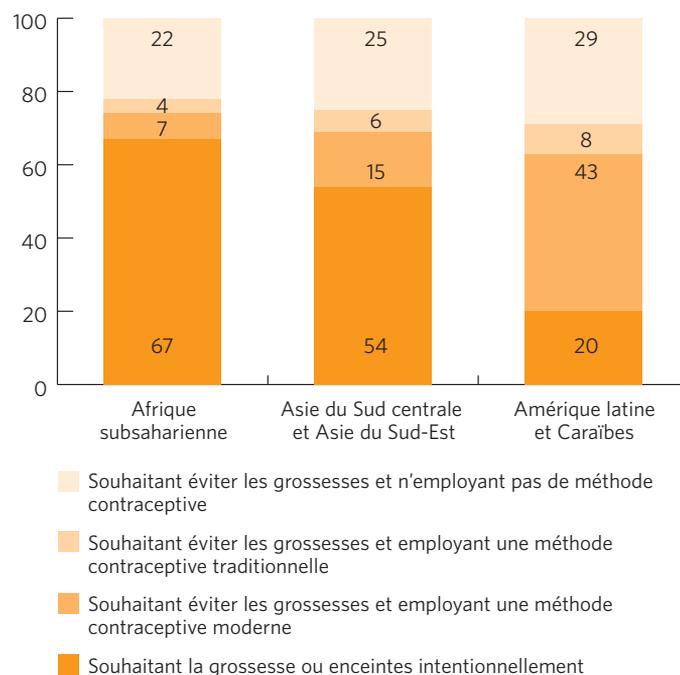
Socialisation et attentes

Les recherches indiquent que certaines adolescentes souhaitent être enceintes. Une étude a montré qu'en Afrique subsaharienne, 67 % des adolescentes mariées souhaitaient être enceintes ou l'étaient intentionnellement (Guttmacher Institute, 2010). Dans les contextes où la culture idéalise généralement la maternité, la grossesse peut être perçue par l'adolescente comme un moyen d'acquisition d'un statut supérieur ou d'accession à l'âge adulte. Elle peut également être perçue par les filles comme un moyen d'échapper à une famille qui les maltraite (Presler-Marshall and Jones, 2012). L'apport d'une aide qui permet aux filles de se définir comme davantage qu'une mère potentielle, et d'un soutien aux communautés pour qu'elles en fassent autant, est d'une importance clé pour réduire le nombre de grossesse chez l'adolescente (Presler-Marshall and Jones, 2012).

Comme l'a noté Singh (1998), « du point de vue de l'adolescente elle-même, et de sa famille, la signification et les conséquences de la maternité durant l'adolescence varient amplement. Les conséquences peuvent être positives – achèvement d'un passage attendu de l'enfance à l'âge adulte résultant du mariage, de la maternité et de la joie et des satisfactions d'avoir un bébé – ou négatives – prise en charge du fardeau des soins et de l'éducation de l'enfant à élever avant que la mère soit affectivement ou physiquement prête à le faire. »

DÉSIRS DE GROSSESSE ET USAGE DES CONTRACEPTIFS

La proportion d'adolescentes mariées qui sont enceintes ou qui souhaitent l'être connaît d'amples variations selon les régions.



Source : Guttmacher Institute, 2010.

Les recherches sur les motivations de la grossesse se sont toutefois concentrées pour la plupart sur les adolescentes des pays développés, souvent issues de ménages à bas revenu ou appartenant à une minorité défavorisée. Ces recherches indiquent que certaines adolescentes veulent un bébé à aimer (et qui les aime). Elles peuvent croire que l'enfant renforcera leur relation avec leur conjoint. Si leurs amies et connaissances ont un bébé, elles peuvent en vouloir un, elles aussi. Elles peuvent vouloir démontrer qu'elles sont suffisamment responsables et adultes pour être mères. Si elles n'ont pas d'autres options, elles peuvent considérer qu'elles n'ont rien à perdre et peut-être un petit peu à gagner (un bébé, une relation, une amélioration de leur statut).

Une étude qualitative effectuée en Afrique du Sud, à Taung, (Kanku and Mash, 2010) a réuni des groupes d'adolescentes enceintes, de jeunes

femmes ayant été enceintes dans leur adolescence et d'adolescents de sexe masculin et a résumé leurs remarques comme suit : « La plupart des adolescentes considéraient le fait de tomber enceinte comme un événement négatif lourd de conséquences, telles que le chômage, la perte d'un petit ami, la réprobation d'amis et de membres de la famille, les sentiments de culpabilité, les difficultés scolaires, les complications durant la grossesse ou à l'accouchement, le risque d'une infection par le VIH, l'infécondité secondaire en cas d'avortement et le manque de préparation à la maternité ». Plusieurs adolescentes y ont trouvé certains avantages et ont estimé que cela pouvait être un événement positif selon les circonstances. L'étude a conclu : « Des approches polyvalentes et intersectorielles sont nécessaires et il est probable que les stratégies de réduction des grossesses chez l'adolescente auront aussi des incidences sur le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles ».

Évolution des capacités des adolescents

En 2003, lors de sa 33^e session, le Comité des droits de l'enfant a décrit l'adolescence comme étant « une période caractérisée par une évolution rapide sur les plans physique, intellectuel et social, y compris dans

« J'ai décidé d'avoir un enfant parce que je voulais me sentir adulte. [...] À présent, il faut que j'y arrive. Pour l'avenir de mon fils, je dois retourner en classe et faire des études sérieuses. Je sais que mon destin n'est pas de changer des couches. Je veux devenir avocate et changer le monde. Pour mon fils. »

Jipara, 17 ans - Kirghizistan

le domaine des relations sexuelles et de la capacité de procréer, du fait que l'acquisition progressive de la capacité à assumer des comportements et des rôles propres aux adultes implique de nouvelles responsabilités qui nécessitent l'acquisition de connaissances et de compétences nouvelles » (Committee on the Rights of the Child, 2003).

Avec l'adolescence, a déclaré le Comité, viennent de nouveaux défis qui tiennent à ce que les jeunes « se trouvent à une période de leur vie où leur santé ou leur épanouissement peuvent être sérieusement compromis car ils sont relativement vulnérables et incités par la société, et notamment par leurs pairs, à adopter des comportements à risque. Ils doivent en outre construire leur personnalité et gérer leur sexualité. Ce passage à l'âge adulte correspond aussi, en général, à une période de changements positifs favorisés par la grande capacité d'apprentissage dont ils font preuve, par leur aptitude à découvrir des situations nouvelles et variées, à façonner et à exercer leur sens critique, à prendre goût à la liberté, à faire preuve de créativité et à se faire des amis. »

La Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît la nécessité de tenir compte du « développement des capacités » des mineurs et de l'acquisition par ceux-ci d'une maturité et d'une compréhension suffisantes pour prendre des décisions éclairées sur les questions importantes, notamment en matière de services de santé sexuelle et reproductive. Elle reconnaît également que certains mineurs se développent plus rapidement que d'autres (Article 5; Committee on the Rights of the Child, 2003; CEDAW, 1999; CRPD, Article 7) et elle appelle les États à veiller à ce que des services appropriés soient mis à leur disposition indépendamment de l'autorisation de parents ou de tuteurs (Committee on the Rights of the Child, 2003; CEDAW, 1999).

Neuf ans plus tôt, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, qui est encore aujourd'hui la base des travaux de l'UNFPA, reconnaissait lui aussi l'évolution des capacités des adolescents et appelait les

gouvernements à mettre des informations et des services à leur disposition, compte tenu des droits et des devoirs des parents (paragraphe 7.45). Les 179 pays qui ont adopté le Programme d'action ont également convenu que « [c']est sur une information qui aide les adolescents à atteindre un niveau de maturité leur permettant de prendre des décisions responsables que les sociétés devraient fonder leur réponse aux besoins dans ce domaine. Les adolescentes devraient notamment pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les grossesses non désirées, [...]». Il faudrait également enseigner aux jeunes gens à respecter l'autodétermination des femmes et à partager les responsabilités avec elles dans les questions de sexualité et de procréation. » (Programme of Action, paragraphe 7.41).

Autres déterminants de niveau individuel

Les facteurs qui exposent les adolescentes au risque d'une grossesse précoce ne commencent pas à la puberté; nombreux sont les facteurs de risque qui remontent à la première enfance ou même à plusieurs générations avant la naissance de la personne concernée. Dans les pays à revenu élevé, par exemple, les filles qui tombent enceintes très jeunes sont considérablement plus susceptibles d'avoir une mère qui s'est trouvée dans la même situation. Une autre influence est celle de la nutrition maternelle, qui se répercute sur le poids à la naissance et qui peut avoir des conséquences durant toute la vie. En 1995, un médecin et chercheur du nom de David Barker a émis l'hypothèse que les nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (cas fréquent pour les enfants nés d'adolescentes pauvres) sont exposés en tant qu'adultes à des risques notablement supérieurs à la moyenne de nombreuses maladies non communicables (Barker, 1995).

Vulnérabilités particulières des filles de 10 à 14 ans

Les adolescents très jeunes, ceux de 10 à 14 ans, subissent d'immenses changements physiques,

« Je pense parfois que ma grossesse et le fait d'avoir été mère à ce moment de ma vie m'ont rendue plus forte. Je suis mieux préparée à faire face à tous les problèmes de l'existence. Mais je pense aussi d'autre part qu'avoir été mère si tôt a compliqué ma vie. [...] Je ne suis pas passée par toutes les étapes qui mènent à l'âge adulte comme mes pairs. Je n'ai pas eu tous les avantages attachés à la jeunesse et je n'ai pas eu les mêmes chances de réussite. »

Zeljka, 27 ans, enceinte à 17 ans - Bosnie-Herzégovine

affectifs, sociaux et intellectuels. Durant cette période, un grand nombre d'entre eux arrivent à la puberté, ont leur première expérience sexuelle et, dans le cas de filles, se marient étant encore enfants.

L'arrivée de la puberté s'accompagne, chez les garçons et surtout chez les filles, de changements physiologiques importants ainsi que de vulnérabilités. La puberté arrive en moyenne deux ans plus tôt chez les filles que chez les garçons. Ce processus, allié à des normes très restrictives en matière de genre et à la possession de biens très limités, laisse souvent de nombreuses filles avec leur corps pour seul avoir sûr. Cet avoir peut faire l'objet d'une exploitation dans le cadre de relations sexuelles non consensuelles, non protégées, avant l'âge prévu par la loi et les filles peuvent être mariées contre leur gré, en violation de leurs droits, et être incitées à avoir des enfants le plus vite possible.

La plupart des enfants, durant les premières phases de l'adolescence, sont en bonne santé et bénéficient de la stabilité familiale; mais cette

période peut aussi être marquée par des vulnérabilités particulières, du fait de transitions rapides et intenses qui mènent à de nouveaux rôles et à de nouvelles responsabilités en tant que personnes soignantes, travailleurs, conjoints et parents. Dans de nombreux pays, l'impact du VIH, la pauvreté et les conflits politiques et sociaux s'est fait sentir sur les familles et les communautés et a affaibli les filets de sécurité traditionnels et accru la vulnérabilité des jeunes adolescents (UNFPA and Population Council, n.d.).

Lorsque les enfants de ce groupe d'âge ne vivent pas chez leurs parents et ne sont pas non plus scolarisés, il est fort probable qu'ils ne bénéficient d'aucun soutien de leur famille ni de leurs pairs pour relever les défis auxquels ils sont confrontés et qu'il ne leur est pas offert de possibilités appropriées de se développer pour devenir des membres productifs de la société. Dans certains contextes, les jeunes adolescentes travaillent comme domestiques, ont quitté leur communauté rurale en quête d'emploi et d'éducation ou cherchent à échapper à un mariage forcé.

D'autres sont déjà des épouses enfants et vivent avec leur mari et, parfois, leur belle-famille. Ces jeunes appartiennent au groupe le moins susceptible de demander des services sociaux et d'en bénéficier, et il faut donc instaurer des mesures proactives pour minimiser leur vulnérabilité à l'exploitation.

Les données d'enquêtes démographiques et sanitaires de 26 pays d'Afrique subsaharienne indiquent que pas moins de 41 % des filles de 10 à 14 ans ne vivaient pas chez leur père ou leur mère (certaines vivant toutefois chez d'autres membres de la famille). Le pourcentage de filles du même groupe d'âge ne vivant pas chez

leur père ou leur mère était quelque peu inférieur dans la région Amérique latine et Caraïbes et c'est en Asie que les pourcentages étaient les plus bas (World Health Organization, 2011b).

Les jeunes qui ne vivent pas chez leurs parents sont également exposés à des risques plus élevés d'exercer des travaux illégaux et dangereux. Il est estimé que 30 % des filles de 10 à 14 ans travaillent en Afrique subsaharienne, contre 26 % en Asie, 27 % dans le Pacifique, 17 % en Amérique latine et 5 % aux Caraïbes (World Health Organization, 2011b).

Par ailleurs, la plupart des cours d'éducation sexuelle complète sont dispensés dans le cadre de programmes scolaires. Mais tous les adolescents ne sont pas scolarisés et tous les adolescents scolarisés ne le sont plus au moment où ils deviennent sexuellement actifs. Les filles de 10 à 14 ans qui sont mariées et qui ne sont pas scolarisées n'ont pratiquement pas accès à l'éducation sexuelle, ce qui accroît encore leur vulnérabilité à la grossesse.

« Quand les contractions ont commencé, on a fait venir la *daya*, la sage-femme traditionnelle. Elle n'a pas fait attention à la taille ni à la position du fœtus. J'ai souffert toute la journée, en me cramponnant à la corde jusqu'à ce que je n'aie plus aucune force. J'ai cru que j'allais mourir. On m'a alors transportée à l'hôpital, à plus de deux heures de route. Quand je suis arrivée, j'ai perdu conscience. Et quand je me suis réveillée, on m'a dit que mon bébé était mort. »

Awatif, 33 ans, enceinte à 14 ans - Soudan

Conclusion

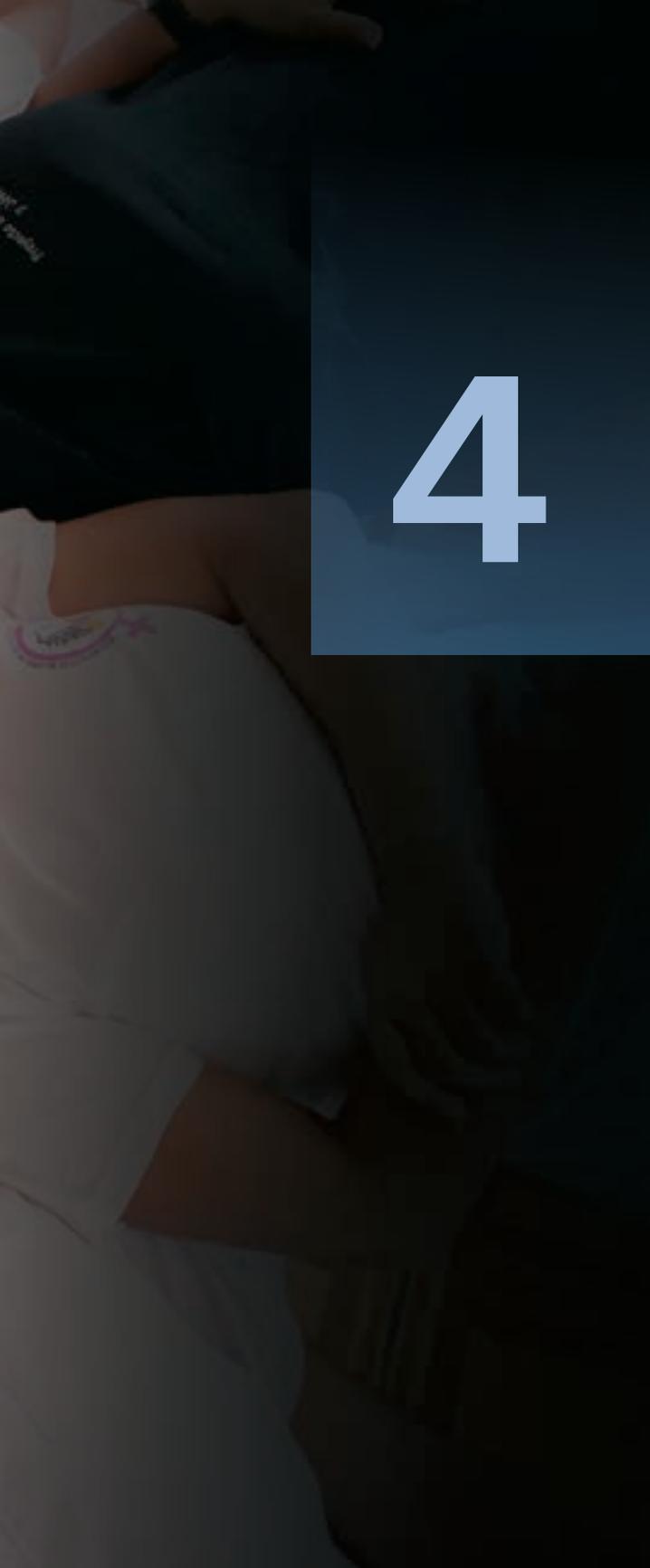
Les déterminants de la grossesse chez l'adolescente sont complexes, orientés dans de multiples directions et multidimensionnels et présentent d'amples variations selon les pays, les régions, les groupes d'âge et de revenu, les familles et les communautés.

Des pressions s'exerçant à tous les niveaux se conjuguent et favorisent la survenue de grossesses, désirées ou non planifiées, chez les adolescentes. La législation nationale peut empêcher les adolescentes d'accéder à la contraception. Les normes et les attitudes communautaires peuvent s'opposer à leur accès aux services de santé sexuelle et reproductive ou justifier les violences à l'égard de celles qui accèdent néanmoins à ces services. Les membres de la famille peuvent forcer les adolescentes à se marier ce qui fait qu'elles peuvent difficilement refuser d'avoir des enfants. Les établissements d'enseignement peuvent ne pas dispenser d'éducation sexuelle et les adolescentes doivent alors se fier aux informations (souvent inexactes) que leurs fournissent d'autres adolescentes sur la sexualité, la grossesse et la contraception. Leur partenaire peut refuser d'utiliser les préservatifs et leur interdire d'employer des moyens de contraception quels qu'ils soient. Et l'apparition des premières règles peut être interprétée par la famille ou par un conjoint plus âgé comme un signe indiquant que les adolescentes sont prêtes à avoir un enfant. Quel que soit le désir des adolescentes de profiter de leur enfance, de faire des études et de réaliser son plein potentiel, les forces qui s'opposent à elles peuvent s'avérer irrésistibles.

« J'avais 14 ans et j'étais au lycée quand j'ai dû interrompre mes études parce que ma famille n'avait plus les moyens de payer les frais de scolarité. Ma mère nous envoyait au marché, ma sœur et moi, pour y mendier pour avoir quelque chose à manger à ramener chez nous. Un jour, nous avons demandé de l'argent à deux messieurs. Ils ont donné 2 000 francs congolais [environ 2 dollars] à ma sœur pour qu'elle achète de quoi manger. Une fois qu'elle est partie, ils m'ont emmenée dans un café et ils m'ont payé une boisson sucrée, mais il y avait quelque chose dedans et je me suis endormie. Je me suis réveillée dans un dispensaire de santé où les infirmières m'ont dit que j'avais été violée. Je suis tombée enceinte. »

Chada, 16 ans - République démocratique du Congo





4

Passage à l'action

Les interventions situées à de multiples niveaux qui visent à développer le capital humain des filles, portent sur leur aptitude à prendre des décisions quant à leur santé reproductive et promeuvent l'égalité des sexes et le respect des droits de la personne ont un impact avéré sur la prévention des grossesses.

◀ *Jeunes pairs éducateurs du programme AMNLAE au Nicaragua.*

© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

La santé sexuelle et reproductive et la pleine jouissance de leurs droits sont d'une importance primordiale lors de la transition qui mène de l'adolescence à l'âge adulte, pour l'identité, la santé générale, le bien-être et la croissance personnelle de l'individu, ainsi que pour le développement et la réalisation de son potentiel dans la vie.

Pleinement engagés, éduqués, en bonne santé, informés et productifs, les adolescents peuvent aider à rompre le cycle multigénérationnel de la pauvreté et contribuer au renforcement de leur communauté et de leur nation. Les pays qui comptent dans leur population une forte proportion d'adolescents et de jeunes peuvent recueillir des bénéfices substantiels de cette caractéristique démographique sur le plan de l'économie et du développement ainsi que de la résilience et de la productivité. Ils doivent, pour ce faire, investir dans le capital humain des adolescents et des jeunes et élargir la gamme des choix et des chances qui s'offrent à ceux-ci. Mais de nombreux adolescents, en particulier de sexe féminin, se voient privés des investissements et des options qui leur permettraient de réaliser leur plein potentiel. On notera, par exemple, qu'au niveau mondial, 26 % des adolescentes et 17 % des adolescents de 11 à 15 ans ne sont pas scolarisés.

La grossesse chez l'adolescente est un symptôme du sous-investissement dans le capital humain des filles ainsi que des pressions sociales et des inégalités structurelles qui empêchent celles-ci de prendre des décisions concernant leur santé, leur comportement sexuel, leurs relations, le mariage et la maternité et qui influent sur leur capacité à tirer pleinement parti des possibilités d'éducation, d'emploi et de participation à la vie politique (UNFPA, 2012d).

La prévention de la grossesse exige en conséquence l'élimination des nombreux obstacles qui s'opposent à la réalisation du plein potentiel des adolescentes et à leur aptitude à jouir de leurs droits. Il faut, pour appuyer une transition qui les mènera à l'âge adulte dans de bonnes conditions de sécurité, associer les filles – et les garçons – aux processus décisionnels depuis le niveau individuel jusqu'au niveau de l'élaboration des politiques, en leur permettant

« Je crois qu'il est bien trop tôt dans la vie pour que j'aie un enfant, étant donné le temps et l'amour dont les enfants ont besoin. »

Anders, 17 ans - Danemark

d'acquérir les aptitudes et le pouvoir requis pour faire connaître leurs points de vue et leurs priorités. Les actions qui appuient le passage de l'adolescence à l'âge adulte ont également pour effet de réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes.

Étant donné que la grossesse chez l'adolescente est le résultat de diverses forces sous-jacentes de nature sociétale, économique et autre, sa prévention exige l'application de stratégies multidimensionnelles axées sur l'autonomisation des filles et adaptées aux populations particulières d'adolescentes, notamment à celles qui sont marginalisées et les plus vulnérables.

Le traitement de la problématique de la grossesse non désirée chez l'adolescente exige des approches holistiques. L'ampleur et la complexité des défis à relever sont telles qu'aucun secteur ni aucune organisation ne peuvent s'y attaquer seuls. Ce n'est qu'en œuvrant dans le cadre de partenariats, au niveau intersectoriel et en collaboration avec les adolescentes elles-mêmes que l'on pourra lever les obstacles qui freinent leurs progrès.

Investir dans les filles

Beaucoup des actions entreprises par les pouvoirs publics et la société civile qui ont eu pour effet de réduire le taux de fécondité des adolescentes ont été conçues en vue de la réalisation d'autres objectifs, tels que la poursuite de la scolarité des filles, la prévention de l'infection par le VIH et l'élimination du mariage d'enfants. Toutes ces actions ont contribué

d'une façon ou d'une autre au développement du capital humain des filles, ont doté celles-ci d'informations et d'aptitudes qui les habilent à prendre des décisions dans la vie et ont réaffirmé ou protégé les droits fondamentaux des filles.

Effets protecteurs de l'éducation

En 2006, Duflo et al. (2006) ont étudié l'impact de trois interventions menées au Kenya en milieu scolaire en vue de la prévention de l'infection par le VIH : 1) la formation d'enseignants au programme d'enseignement de l'État relatif au VIH/sida; 2) l'encouragement des élèves à débattre du rôle du préservatifs et à rédiger des essais sur les façons de se protéger du VIH/sida; 3) une réduction des coûts de la scolarité. L'étude a porté sur 70 000 élèves de 328 écoles primaires et a examiné l'effet de ces interventions sur la maternité, celle-ci étant employée par les auteurs de l'étude en tant qu'indicateur de substitution des comportements à risques susceptibles de mener à une grossesse. Au bout de deux ans, l'étude a constaté que le programme de formation des enseignants avait peu d'incidence sur les connaissances des élèves et sur l'activité sexuelle ou l'usage

du préservatif autodéclarés. Les débats et les essais sur les préservatifs ont produit un renforcement des connaissances pratiques et de l'emploi autodéclaré du préservatif mais sans que les données indiquent une incidence concrète sur la grossesse et la maternité. En revanche, la réduction des coûts de la scolarité, consistant en la fourniture d'uniformes aux élèves de sixième année, a réduit les taux d'abandon scolaire et la maternité chez l'adolescente.

Le Kenya avait supprimé les frais de scolarité en 2003, le principal obstacle à l'accès à l'enseignement primaire après cette date étant le coût des uniformes scolaires, d'un montant d'environ 6 dollars par uniforme. Le taux d'abandon scolaire chez les filles auxquelles il a été fourni un uniforme gratuit a baissé de 15 %. Cette diminution s'est traduite par une réduction de 10 % de la maternité chez l'adolescente. La baisse du coût de l'éducation a aidé les filles à faire des études plus longtemps et a réduit également leur risque de se marier et d'avoir des enfants.

Dans une étude menée ultérieurement au Kenya, Duflo et al. (2011) ont constaté que le simple fait de fournir des uniformes scolaires aux enfants



◀ Filles pensionnaires d'un internat à Nyamuswa (Tanzanie).
© Mark Tuschman/
Project Zawadi

suffisait à accroître la scolarisation, à réduire le taux d'abandon scolaire de 18 % et à diminuer le taux de grossesse de 17 %. « Il a été remis un uniforme gratuit aux enfants déjà inscrits en classe de sixième. Les responsables du programme avaient également annoncé que les élèves encore scolarisés l'année suivante auraient droit à un second uniforme, lequel uniforme a été distribué. » (Duflo et al., 2011) La réduction du nombre de grossesses, toutefois a été « dans sa totalité, une réduction du nombre de grossesses chez les femmes mariées » et « le nombre de grossesses extramaritales n'a subi aucun changement ». Ce constat indique que le pouvoir protecteur de l'éducation s'est exercé sous la forme d'une réduction des taux de mariage d'enfants, ce qui a contribué par suite à une réduction de la grossesse chez l'adolescente. Duflo et al. ont conclu que « le fait de donner aux filles [...] la possibilité de faire des études est un moyen extrêmement puissant (et peu coûteux) de réduire la fécondité des adolescentes ».

Les filles recueillent de nombreux avantages de l'éducation, dans l'immédiat et dans le long terme, ce qui constitue durant l'adolescence une première étape nécessaire pour leur permettre de surmonter les désavantages qu'elles connaissent de longue date dans la vie civique et en matière d'emploi rémunéré (Lloyd, 2009). Des possibilités d'apprentissage d'une qualité et d'une pertinence accrues peuvent préparer et autonomiser les adolescentes en vue de toute une gamme de fonctions à exercer dans la vie adulte outre les rôles traditionnels de femme au foyer, mère et épouse, les avantages en échéant non seulement aux adolescentes, mais aussi à leur famille et à leur communauté. La fréquentation scolaire des filles aux côtés des garçons favorise une plus grande égalité des sexes dans la vie quotidienne des adolescents. L'éducation aide les adolescentes à éviter les grossesses précoces et réduit leurs risques d'infection par le VIH.

Si l'éducation primaire constitue un besoin fondamental pour tous, l'éducation secondaire offre de meilleures perspectives d'emploi rémunéré, l'achèvement des études à ce niveau rapportant

notamment davantage aux filles qu'aux garçons dans le monde du travail.

Gupta et al. (2008) ont constaté que « l'éducation continue d'être le principal facteur prédictif de l'âge au moment du mariage ». La scolarisation a une valeur protectrice qui vient de ce que les écolières « sont perçues comme étant des enfants et pas en âge de se marier » (Marcus and Page, 2013). Selon les constats d'une étude menée au Kenya (Duflo et al., 2011), « une fois que l'on quitte le milieu scolaire, on peut s'attendre à l'activité sexuelle et au mariage ».

Des décennies de recherches ont montré que l'éducation et la fréquentation scolaire sont des facteurs clés non seulement dans les efforts de réduction des risques de rapports sexuels, de grossesse et de maternité précoces mais aussi pour accroître chez les adolescents l'usage de préservatifs et d'autres formes de contraception s'ils ont des rapports sexuels (Blum, 2004).

D'autres mesures, telles que les transferts monétaires assortis de conditions, visant à ce que les filles poursuivent leurs études, protègent également celles-ci de la grossesse. Ces transferts sont des paiements mensuels ou bihebdomadaires effectués à condition que les familles emploient divers services de base, tels que l'enseignement, les soins de santé primaires, les services de santé sexuelle et reproductive ou des séances gratuites de sensibilisation et d'éducation.

Le Malawi, par exemple, a mis en œuvre à titre pilote un programme de transferts monétaires pour encourager les filles du district de Zomba à ne pas abandonner leurs études ou pour encourager celles qui les avaient abandonnées à les reprendre. Ce district possède un taux d'abandon scolaire élevé, un faible taux d'éducation et les taux de prévalence du VIH les plus élevés du pays chez les femmes de 15 à 49 ans. Le programme mis en œuvre dans le district verse aux ménages une somme mensuelle de 10 dollars, ce qui équivaut à environ 15 % du revenu moyen des ménages. Environ 70 % de la somme sont remis aux parents et 30 % à la fille elle-même. En outre, le programme

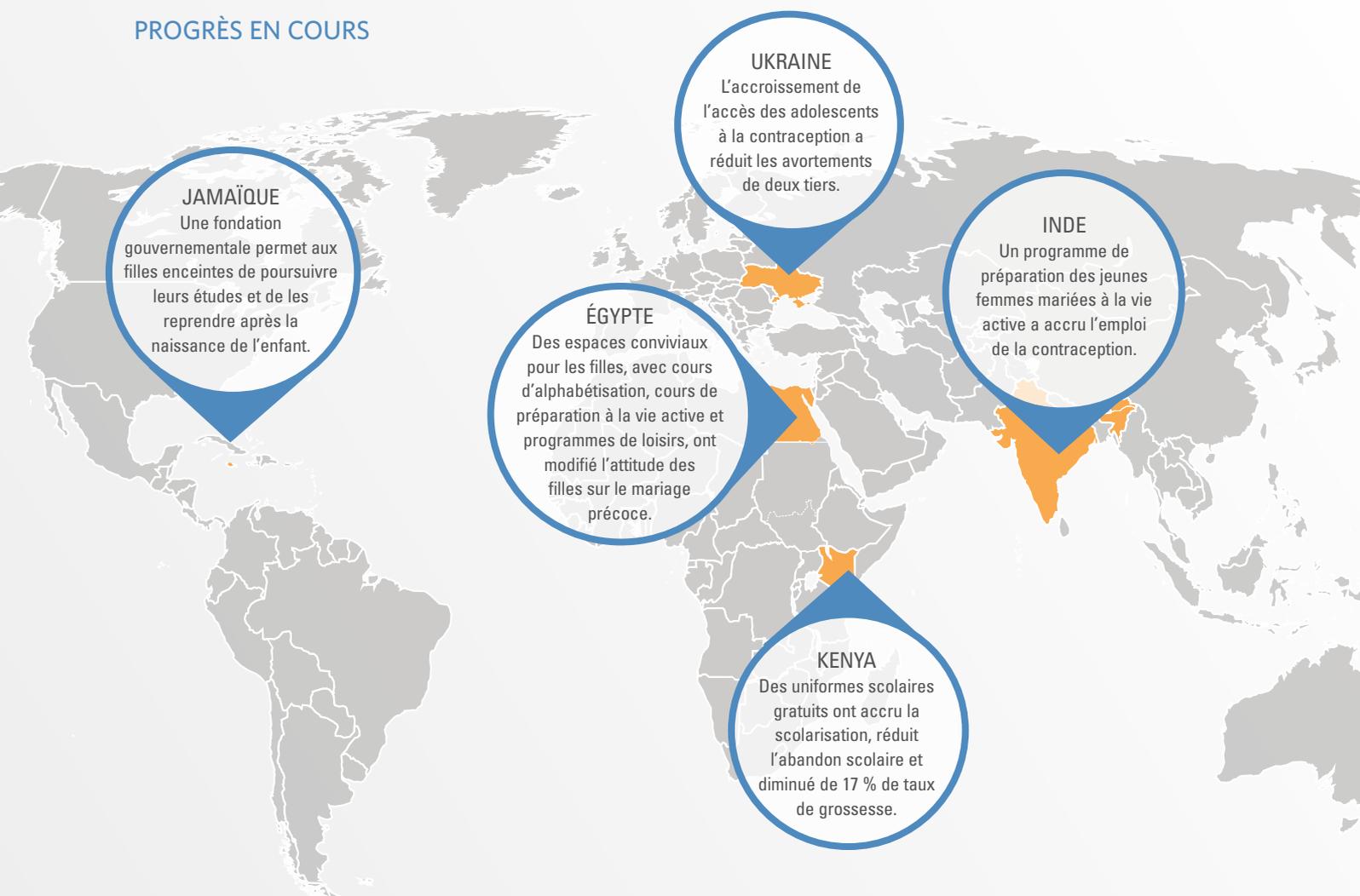
acquiescent directement les frais de scolarité des filles dans l'enseignement secondaire, dès que leur inscription est confirmée. Les transferts ne sont effectués que si les filles justifient d'un taux de présence d'au moins 75 % des jours d'ouverture de l'établissement scolaire au cours du mois écoulé (Baird et al., 2009). Il a été alloué, au hasard, des transferts monétaires sans conditions à certaines filles. Ce type de transferts a eu un effet plus puissant que les transferts conditionnels sur la réduction de l'incidence du mariage et de la maternité chez les adolescentes (Baird et al., 2011).

Plus de 60 % des filles qui avaient abandonné leurs études les ont reprises grâce aux transferts monétaires conditionnels. Par ailleurs, 93 % des filles qui n'avaient pas abandonné leurs études les

poursuivaient toujours à la fin de l'année scolaire, ce pourcentage étant de 89 % chez les filles qui n'avaient pas abandonné leurs études mais que n'avaient pas participé au programme.

Baird et al. (2009) ont également constaté que l'initiative avait peut-être eu une incidence sur le comportement sexuel et ils ont avancé que « en reprenant leurs études ou en ne les interrompant pas, les filles et les jeunes femmes ont retardé notablement le début de l'activité sexuelle et, pour celles qui étaient sexuellement actives, ont réduit la fréquence des rapports. Le programme a également retardé le mariage, principale alternative à la scolarisation au Malawi, et a réduit la probabilité de la grossesse. Pour les bénéficiaires du programme qui n'était pas scolarisées avant le lancement du

PROGRÈS EN COURS



programme, les taux de probabilité du mariage et de la grossesse ont diminué de 40 % et de 30 % respectivement.

Une étude de 2012 intitulée *Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions* [Fécondité des adolescentes dans les pays à bas revenu et à revenu intermédiaire : effets et solutions] a conclu que « les données factuelles indiquant l'efficacité supérieure des transferts monétaires assortis de conditions par comparaison aux autres interventions sont relativement robustes ». Les preuves de l'impact de ces transferts sur l'éducation sont particulièrement convaincantes. Il ressort d'une analyse récente des transferts monétaires dans les pays en développement que ces transferts accroissent la fréquence scolaire dans le secondaire de 12 % en moyenne (Saavedra and Garcia, 2012).

Accroissement des connaissances et acquisition d'aptitudes

Au Zimbabwe, un programme conçu pour prévenir l'infection par le VIH chez les jeunes a aussi eu pour heureux effet de réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes (Cowan et al., 2010). Dans 30 communautés réparties dans sept districts du sud-est du pays, des pairs-éducateurs professionnels ont travaillé avec des jeunes scolarisés et non scolarisés pour améliorer leurs connaissances et renforcer leurs aptitudes. Simultanément, des programmes à base communautaire visaient à accroître les connaissances des parents et des autres parties prenantes en matière de santé reproductive, à améliorer la communication entre parents et enfants et à obtenir le soutien des communautés en faveur de la santé reproductive des adolescents. Le programme comportait aussi une composante de formation de personnel infirmier et autre dans les dispensaires ruraux pour accroître la disponibilité et l'accessibilité des services pour les jeunes. À l'achèvement du programme, une enquête menée auprès de 4 684 jeunes de 18 à 22 ans a mis en évidence une certaine amélioration des connaissances mais n'a pas indiqué d'incidence sur les comportements sexuels autodéclarés. Néanmoins, les jeunes

femmes ayant participé au programme ont signalé moins fréquemment être tombées enceintes que les jeunes femmes d'un groupe témoin.

Le programme d'Autonomisation et de moyens d'existence pour les adolescentes mis en œuvre en Ouganda par l'organisation non gouvernementale BRAC visait à prévenir l'infection par le VIH chez les adolescentes et simultanément à les aider à entrer sur le marché du travail. Des filles de 50 communautés ont ainsi suivi une formation aux aptitudes à la vie quotidienne pour accroître leurs connaissances, améliorer leurs aptitudes à la négociation et réduire les comportements à risque, ainsi qu'une formation professionnelle pour les aider à lancer de petites entreprises. Au bout de deux ans, le taux moyen de fécondité des participantes était inférieur de trois points de pourcentage à celui des non-participantes, soit une réduction de 28,6 %, et la probabilité de la pratique d'activités génératrices de revenu avait augmenté chez celles-là de 35 % (Bandiera et al., 2012).

Au Guatemala, les filles mayas constituent le groupe le plus défavorisé du pays, caractérisé par une éducation limitée, des taux de maternité élevés, un fort isolement social et une pauvreté chronique. Beaucoup d'entre elles sont mariées dans leur enfance (Catino et al., 2011). Le Population Council et d'autres groupes ont lancé en 2004 un projet visant à renforcer les réseaux de soutien pour les filles mayas de 8 à 18 ans en milieu rural et à les aider à opérer la transition de l'enfance à l'adolescence. Le projet, dénommé *Abriendo Oportunidades* [Ouvrir des opportunités], a établi des clubs et des espaces sûrs à base communautaire pour les filles, où celles-ci pouvaient se réunir, acquérir des aptitudes à la vie quotidienne et au leadership et constituer des réseaux sociaux. Grâce à l'initiative, 100 % des filles qui y ont participé ont terminé leur sixième année d'études, ce pourcentage étant de 81,5 % pour l'ensemble des filles du pays. Soixante-douze pour cent des participantes étaient encore scolarisées à la fin du projet de deux ans, contre 53 % de l'ensemble des filles autochtones du pays. Une évaluation a constaté que 97 % des

participantes n'avaient pas eu d'enfant, alors que la moyenne nationale pour les filles de 15 à 19 ans était de 78,2 % (Segeplan, 2010). Le programme a ensuite été étendu à plus de 40 communautés et a atteint plus de 3 500 filles autochtones. Il offre à présent des services distincts, adaptés à l'âge des bénéficiaires, pour les filles de 8 à 12 ans et pour celles de 13 à 18 ans.

Dans de nombreux pays en développement, c'est principalement dans le contexte du mariage d'enfants que survient la grossesse chez l'adolescente. Dans 158 pays, l'âge minimum requis par la loi pour que les femmes soient autorisées à se marier sans consentement parental est de 18 ans (UNFPA, 2012). Toutefois, dans 146 pays, la loi civile ou la loi coutumière autorisent le mariage des filles de moins de 18 ans avec le consentement de leurs parents ou d'autres autorités; dans 52 pays, les filles de moins de 15 ans peuvent se marier avec le consentement parental.

Les lois sont importantes mais elles sont rarement appliquées. Une récente étude de l'UNICEF a signalé, par exemple, qu'en Inde, où 47 % des filles se marient avant l'âge de 18 ans, seules 11 personnes ont été jugées coupables en 2010 de perpétuer le mariage d'enfants malgré une loi qui l'interdit (UNICEF, 2011a).

Devant les difficultés que comportent l'adoption et l'application des lois, certains gouvernements prennent d'autres mesures qui autonomisent les filles exposées au risque du mariage d'enfants, par exemple en leur offrant des formations à la vie quotidienne, en mettant à leur disposition des espaces sûrs où elles peuvent se réunir pour parler de leur avenir, en leur communiquant des informations sur leurs diverses options et en développant des réseaux de soutien. Ces interventions visent à doter les filles de connaissances et d'aptitudes dans les domaines pertinents pour elles, notamment ceux de la santé sexuelle et reproductive, de la nutrition et des droits qui leur sont conférés par la loi. Les filles voient leur pouvoir et leur autonomie s'accroître lorsqu'elles acquièrent des aptitudes qui leur permettent de trouver des moyens d'existence, de mieux commu-

niquer, de négocier et de prendre des décisions qui ont des répercussions immédiates sur leur existence. Les espaces sûrs et le soutien qu'ils offrent aident les filles à sortir de leur isolement social, à interagir avec leurs pairs et avec des mentors, et à évaluer les alternatives au mariage (UNFPA, 2012).

Le programme Berhane Hewan, programme d'une durée de deux ans lancée en Éthiopie en 2004, est un exemple de ces interventions. Il visait à protéger les filles du mariage forcé et à apporter des appuis à celles qui étaient déjà mariées au moyen de la formation de groupes dirigés par des mentors adultes de sexe féminin. Le programme offrait des incitatifs économiques et autres pour encourager les filles à poursuivre leurs études, y inclus dans le cadre d'une éducation informelle telle que les cours d'alphabétisation et d'initiation à l'arithmétique pour les filles non scolarisées; il s'attachait également à associer les communautés aux efforts en organisant des débats sur des questions telles que le mariage d'enfants (Erulkar, A. S., and Muthengi, E., 2009). Quelque 41 %

▼ *Classe de préparation à la vie active, en Éthiopie..*
© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global





© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

(estimation) des Éthiopiennes de 20 à 24 ans se sont mariées avant l'âge de 18 ans (UNFPA, 2012).

Par l'entremise du programme Berhane Hewan, les pairs, la communauté et les individus ont uni leurs efforts pour améliorer le statut social et éducationnel et l'état de santé de filles vulnérables (Bruce et al., 2012). Ce programme joignait des incitatifs financiers à l'éducation et à l'implication communautaires. Il était remis aux participantes des fournitures scolaires, d'une valeur d'environ 6 dollars par an, et, à l'achèvement des deux années d'activités, une chèvre ou un mouton valant environ 25 dollars. Ce programme a atteint plus de 12 000 filles de la région d'Amhara, où l'incidence du mariage d'enfants est la plus élevée du pays. Les filles ayant participé au programme, tout particulièrement celles de 10 à 14 ans, étaient plus susceptibles d'avoir poursuivi leurs études et moins susceptibles de s'être mariées que leurs homologues qui n'y avaient pas participé.

En Inde, l'organisation Pathfinder International a exécuté un programme de l'État nommé *Prachar* [Promotion] visant à modifier les comportements

dans le but de retarder le mariage et de promouvoir un choix optimal du moment et de l'espacement des grossesses chez les adolescentes et les jeunes couples dans l'État du Bihar. Cet État de l'Inde a la plus forte prévalence du mariage d'enfants (63 %) et la plus forte proportion (25 %) de filles enceintes ou mères de 15 à 19 ans (Pathfinder International, 2011).

Le programme *Prachar* dispensait une formation en matière de santé sexuelle et reproductive adaptée aux différents stades de la vie filles non mariées de 12 à 19 ans et aux garçons de 15 à 19 ans. Des agents de changement de sexe féminin effectuaient des visites à domicile chez les jeunes femmes mariées et des agents de changement de sexe masculin en faisant autant chez les garçons. Les parents et les belles-mères étaient associés aux activités par le biais de réunions communautaires, les belles-mères participant également aux visites à domicile. Les jeunes couples étaient invités à prendre part à des « cérémonies de bienvenue des jeunes mariés » dans le cadre desquelles avaient lieu des activités ludo-informatives et ludo-éducatives pour accroître

les connaissances des couples en matière de santé sexuelle et reproductive, pour renforcer leurs aptitudes à la vie quotidienne et pour promouvoir la communication au sein du couple et la prise de décisions conjointes.

À la fin de la première phase du programme, le taux d'emploi de contraceptifs chez les participantes était de près de quatre fois celui des autres jeunes femmes mariées. En outre, les participantes étaient moins susceptibles d'être mariées et d'avoir eu un enfant (dans des proportions de 44 % et de 39 % respectivement) que les adolescentes vivant hors de la zone d'action du programme.

En Égypte, le programme *Ishraq* (signifiant « aube » ou « lever de soleil ») a été lancé en 2001 dans le but de transformer l'existence des filles en modifiant les normes en matière de genre et les perceptions communautaires concernant le rôle des filles dans la société et en leur permettant de s'intégrer en toute sécurité et avec confiance dans la sphère publique. Le programme a établi dans les communautés des espaces sûrs conviviaux pour les filles où celles-ci pouvaient se rencontrer, acquérir des connaissances et se distraire dans le cadre de cours d'alphabétisation, de formations à la vie quotidienne et d'activités sportives (Brady et al., 2007). L'évaluation du programme n'a pas traité de la grossesse chez l'adolescente, mais elle a examiné un certain nombre de facteurs associés au mariage d'enfants et à la grossesse précoce. Elle a permis de constater une amélioration de l'alphabétisation (92 % des participantes s'étant présentées à l'examen d'alphabétisation de l'État ont été admises) ainsi que de la scolarisation (près de 70 % des participantes au programme ont commencé leurs études ou les ont reprises). Après leur sortie du programme, les participantes ont exprimé le désir de se marier plus tard. En outre, le programme a été associé à une augmentation de la confiance en soi : 65 % des participantes ont déclaré qu'elles se sentaient « fortes et capables de faire face à n'importe quel problème ».

La mise en œuvre de programmes de santé sexuelle et reproductive systématiques, s'inscrivant dans le long terme et agissant à plusieurs niveaux

peut également contribuer à la prévention de la grossesse chez l'adolescente. On peut citer en exemple de pays développés qui est parvenu à de très bas niveaux de grossesse chez l'adolescente et d'avortement les Pays-Bas, qui appliquent une approche pragmatique et globale de la planification familiale, tout particulièrement pour les jeunes, et qui possède aujourd'hui l'un des taux d'avortement les plus bas au monde (UNFPA, 2013d). Depuis 1971, la planification familiale fait partie du système national d'assurance-maladie et la fourniture de contraceptifs est gratuite. L'éducation sexuelle est universelle et complète et l'habilitation des filles est à l'un des niveaux les plus élevés au monde. Les jeunes sexuellement actifs ont des taux d'utilisation des contraceptifs parmi les plus élevés de toutes les populations de jeunes et, en conséquence, le taux d'avortement du pays est l'un des plus bas au monde (Ketting and Visser, 1994; Sedgh et al., 2007).

Droit à une éducation sexuelle complète adaptée à l'âge

Les programmes d'éducation sexuelle complète offrent aux jeunes des informations adaptées à leur âge, pertinentes du point de vue culturel et scientifiquement exactes. Ils leur fournissent également des possibilités d'explorer les attitudes et les valeurs dans un contexte structuré et de pratiquer les aptitudes qui leur seront nécessaires pour prendre des décisions éclairées dans leurs activités sexuelles.

Le droit des adolescents et des jeunes à une éducation complète et non discriminatoire en matière de sexualité leur est conféré par plusieurs instruments et documents relatifs aux droits de la personne, notamment la Convention relative aux droits de l'enfant, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits des personnes handicapées. L'éducation sexuelle complète est d'une importance essentielle pour la réalisation

des autres droits fondamentaux de la personne (UNFPA, 2010).

Dans une analyse de 87 programmes d'éducation sexuelle complète, dont 29 exécutés dans des pays en développement, l'UNESCO (2009) a noté que pratiquement tous ces programmes accroissaient les connaissances et que les deux tiers d'entre eux avaient un impact positif sur le comportement des adolescents : premiers rapports sexuels retardés, réduction de la fréquence des rapports sexuels et du nombre de partenaires, accroissement de l'usage du préservatif ou de la contraception, ou réduction des comportements à risque. Plus d'un quart des programmes analysés a produit des améliorations d'au moins deux de ces paramètres.

Une autre étude a abouti à la conclusion suivante : « On dispose à présent de données factuelles indiquant clairement que les programmes d'éducation sexuelle peuvent aider les jeunes à retarder leur activité sexuelle et à améliorer leur usage des contraceptifs lorsqu'ils deviennent sexuellement actifs. En outre, les études réalisées à ce jour fournissent des preuves en faveur de programmes qui visent au-delà d'une réduction de l'activité sexuelle, à savoir des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles, et qui prennent en considération la santé sexuelle et le bien-être des adolescents dans une optique plus globale. » (Boonstra, 2011).

On distingue deux types principaux d'approches de l'éducation sexuelle : les programmes qui prônent l'abstinence seule et ceux qui fournissent une éducation sexuelle complète adaptée à l'âge des apprenants. Deux études de vaste portée (Oxford, 2007; Kirby, 2008) ont constaté que les programmes visant à l'abstinence seule manquent d'efficacité pour prévenir ou retarder l'activité sexuelle. L'éducation sexuelle complète « présente l'abstinence comme la meilleure méthode pour éviter les maladies transmises sexuellement et les grossesses non désirées, mais elle inculque aussi des connaissances sur les préservatifs et la contraception pour réduire les risques de grossesse non désirée et d'infections sexuellement transmises,

notamment par le VIH. Elle permet également d'acquérir des aptitudes aux relations personnelles et à la communication et aide les jeunes à explorer leurs propres valeurs, leurs objectifs et leurs options » (Advocates for Youth, 2001).

Après un examen des programmes d'éducation sexuelle complète, l'UNESCO a constaté que « pratiquement tous les programmes ont produit un accroissement des connaissances et les deux tiers d'entre eux ont eu des incidences positives sur le comportement [...] », notamment en retardant le début de l'activité sexuelle. Aux États-Unis, ce sont les États où l'éducation sexuelle prône exclusivement l'abstinence qui tendent à avoir les taux les plus élevés de grossesse chez l'adolescente et les États où l'information sur la sexualité et la contraception est présentée sans porter de jugement de valeur qui ont les taux les plus bas (Szalavitz, 2013).

En analysant les progrès et les réalisations de l'éducation sexuelle complète depuis la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, la communauté internationale a tiré un certain nombre d'enseignements sur cette éducation. L'un des constats est que devant la pandémie de VIH/sida, les pouvoirs publics se sont montrés lents à mettre en place leurs programmes d'éducation sexuelle complète et plus lents encore à atteindre les jeunes les plus vulnérables (Haberland and Rogow, 2013).

Un autre enseignement est que l'éducation sexuelle complète peut être efficace au-delà de la prévention des comportements à risque. Les recherches indiquent que les programmes qui tendent à avoir l'impact le plus fort sur les grossesses et les infections sexuellement transmissibles chez les adolescentes sont ceux qui soulignent l'importance d'une réflexion critique sur l'égalité des sexes et la dynamique du pouvoir dans les relations (Haberland and Rogow, 2013). Ces constats offrent la promesse d'une nouvelle génération de programmes qui pourront avoir une incidence positive concrète sur le bien-être des jeunes.

De nouvelles recherches montrent que les programmes d'éducation sexuelle complète sont

plus susceptibles d'avoir des effets sur la réduction de la grossesse et des infections sexuellement transmissibles chez l'adolescente lorsqu'ils abordent les questions de l'égalité des sexes et des rapports de puissance. Des études menées dans les pays en développement comme dans les pays développés confirment que les jeunes qui croient en l'égalité des sexes sont en meilleure santé sexuelle que ceux qui n'y croient pas. Les attitudes peu égalitaires tendent à s'accompagner chez les jeunes de conséquences négatives en matière de santé sexuelle (International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 2011).

L'égalité des sexes et le respect des droits de la personne sont d'une importance clé pour prévenir la propagation du VIH et pour permettre aux jeunes de grandir en bonne santé. C'est ainsi, par exemple, que les jeunes dont l'attitude concernant les rôles attribués aux deux sexes est égalitaire sont plus susceptibles, par comparaison avec leurs pairs, de retarder le début de l'activité sexuelle, d'employer des préservatifs et de pratiquer la contraception; les jeunes de ce groupe ont également des taux inférieurs d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées et sont moins susceptibles de vivre dans des relations caractérisées par la violence. Une autre étude a constaté qu'un programme visant à accroître chez les filles la compréhension des risques des relations sexuelles intergénérationnelles avait réduit les grossesses de 28 % (Dupas, 2011).

La plupart des programmes d'éducation sexuelle complète sont offerts en milieu scolaire. Toutefois, tous les adolescents ne sont pas scolarisés et tous ne le restent pas jusqu'à ce qu'ils deviennent sexuellement actifs. Les filles de 10 à 14 ans qui sont mariées et qui ne sont pas scolarisées n'ont pratiquement pas accès à l'éducation sexuelle. Il est donc important de déployer des efforts supplémentaires pour répondre aux besoins des adolescents non scolarisés. Les programmes structurés et collectifs d'éducation portant sur la sexualité et le VIH peuvent atteindre ces jeunes s'ils sont dispensés par des prestataires de soins de santé et d'autres services

pour les jeunes, par des centres communautaires ou par d'autres institutions locales auxquelles les jeunes ont accès (Kirby et al., 2006).

Selon l'UNESCO (2013), 57 millions d'enfants d'âge scolaire pour l'enseignement primaire et 69 millions d'enfants d'âge scolaire pour le premier cycle de l'enseignement secondaire ne sont pas scolarisés. La plupart d'entre eux vivent dans les pays en développement et un peu plus de la moitié sont des filles. Il existe pour atteindre de grands nombres d'adolescents non scolarisés, deux possibilités, qui ne sont pas nécessairement des programmes indépendants de prévention de la grossesse, consistant en un recours aux médias de masse et aux émissions radiophoniques interactives.

De récents examens de campagnes médiatiques promouvant la santé sexuelle chez l'adolescent, menées pour la plupart dans des pays en développement, ont constaté qu'elles avaient généralement accru les connaissances et la majorité d'entre elles avait influé sur les comportements, notamment sur l'emploi du préservatif (Gurman and Underwood, 2008; Bertrand et al., 2006). Certaines ont eu pour effet chez les femmes de réduire le nombre de partenaires masculins, la fréquence des relations sexuelles occasionnelles ou des relations sexuelles avec des « papas gâteau » et d'accroître l'abstinence.

En Zambie, la campagne HEART (*Helping Each Other Act Responsibly Together* – Aidons-nous à agir ensemble de manière responsable), conçue par des adolescents de 13 à 19 ans et pour les adolescents de ce groupe d'âge, a contribué à sensibiliser à la prévention du VIH et à l'emploi du préservatif et visait à créer un contexte social dans lequel les normes sociétales pourraient faire l'objet de débats, être remises en question et être réévaluées en vue de réduire la transmission sexuelle du VIH. Il est ressorti d'une évaluation que, par comparaison à ceux qui n'avaient pas été atteints par les émissions radiotélévisées, les jeunes étaient de 87 % plus nombreux à employer des préservatifs et de 67 % plus nombreux à en avoir utilisé lors de leurs derniers rapports sexuels, comportement favorable à la prévention de la grossesse (AIDSTAR-One, n.d.)

Le programme brésilien dénommé « Programme pour l'éducation sexuelle et affective : nouvelle perspective » s'inscrit dans le cadre d'une démarche axée sur les droits et vise à la prévention des pratiques sexuelles à risque ainsi qu'à la promotion d'approches positives ayant pour but « une vie sexuelle saine et agréable ». Le programme, qui porte aussi sur l'égalité des sexes, procède selon une approche intégrée pour atteindre les adolescents en milieu scolaire et extrascolaire et fait appel aux enseignants, aux prestataires de soins de santé, aux familles et à la communauté. Il atteint également les adolescents par le biais d'émissions radio, de journaux scolaires, de productions théâtrales et d'ateliers d'information. Une enquête d'évaluation auprès de 4 795 jeunes de 20 établissements publics d'enseignement de l'État du Minas Gerais a constaté qu'après le programme, le taux d'emploi du préservatif avec un(e) partenaire occasionnel(le) ou régulier/régulière ainsi que le taux d'emploi de contraceptifs modernes étaient, dans le groupe atteint par le programme, supérieurs à ceux d'un groupe témoin. Par ailleurs, le programme n'a pas

▼ Informations sur la contraception au Centre médical d'orientation et de planification, en Équateur.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



donné lieu à une augmentation de l'activité sexuelle (Andrade et al., 2009).

Les campagnes dans les médias sont plus efficaces pour atteindre les adolescents urbains (scolarisés et non scolarisés) que les adolescents ruraux, encore que leur portée s'étende actuellement du fait de la disponibilité accrue des médias sociaux et des technologies de communication mobiles.

Toutefois, tout comme ils peuvent apporter un élément de solution en plaidant en faveur de la prévention, les médias peuvent aussi présenter sous un jour séduisant la sexualité et la maternité chez l'adolescente, comme dans la série d'émissions de MTV *Teen Mom 2* [Maman adolescente 2] aux États-Unis.

Les campagnes de publicité offrent un autre moyen d'éduquer ou d'informer le public. Certaines recourent pour modifier les comportements à des tactiques visant à effrayer le public en présentant les menaces de dangers ou d'effets nocifs imminents (Maddux et al., 1983). Ces tactiques déterminent le segment d'audience vulnérable au risque et préconisent vivement une action spécifique, par exemple l'adoption de mesures de prévention de la grossesse chez l'adolescente. Les recherches portant sur les messages fondés sur la crainte, ceux qui encouragent les gens à cesser de fumer ou à perdre du poids par exemple, indiquent que ces campagnes donnent peu de résultats lorsqu'elles diffusent des messages inquiétants sans recommander d'action pour parer au danger ou lorsque l'action préconisée n'est pas facile ou est perçue comme peu efficace. Ces approches manquent également d'efficacité lorsqu'elles ne traitent pas des obstacles à l'action et de la façon de les surmonter et n'offrent pas d'appuis aux destinataires des messages pour les convaincre qu'ils sont capables d'agir. Il faut, pour que ces approches soient opérantes, que l'efficacité perçue de l'action soit supérieure à la menace perçue.

Les systèmes de diffusion de contenu connaissent par ailleurs une évolution et de nombreuses initiatives lancent des programmes d'enseignement en ligne (Haberland and Rogow, 2013). Malgré l'absence de données probantes indiquant que ces

mécanismes apportent des avantages mesurables au niveau des résultats, le potentiel de diffusion mondiale à faible coût permet de penser que l'on verra s'accroître le nombre des programmes basés sur Internet. Il est nécessaire d'investir dans des recherches rigoureuses pour évaluer les effets de ces systèmes. Certaines initiatives actuelles, telles que les programmes *Afluentes* au Mexique et *Butterfly* au Nigéria, ont recours à des programmes informatisés pour dispenser des formations ou fournir des appuis aux enseignants.

Les programmes de préparation à la vie active offrent aux adolescents une autre possibilité de se procurer des informations qui peuvent les aider à éviter la grossesse. L'UNICEF a recensé environ 70 pays qui possèdent de tels programmes nationaux, lesquels présentent des variations selon le pays et le contexte culturel. En général, toutefois, la formation se concentre sur l'acquisition de cinq aptitudes fondamentales : prise de décision et résolution de problèmes, pensée créative et pensée critique, aptitudes à la communication et aux relations personnelles, conscience de soi et empathie, et gestion des émotions et du stress (UNICEF 2012). Les programmes de préparation à la vie active accordent une place importante à l'acquisition d'aptitudes en matière de protection psychologique, d'aptitudes à la communication et de connaissances pour éviter les risques.

« Si l'on en croyait les médias, tout le monde devrait avoir des relations sexuelles. On parle de rapports sexuels partout, [...] dans les publicités, [...] partout. Alors bien sûr, les gens se laissent convaincre, et ils prennent des risques. »

Une adolescente, 17 ans – Suède

Pendant 10 ans, à partir de 1996, le Programme de préparation à la vie active de l'État du Maharashtra (Inde) a offert des sessions hebdomadaires d'une durée d'une heure, dont certaines traitaient de la santé, de la santé infantile et de la nutrition. Ce programme ciblait les filles de 12 à 18 ans non mariées et plus particulièrement celles qui n'étaient pas scolarisées et qui travaillaient. Les parents avaient été associés à son élaboration et les cours étaient dispensés par des enseignants. Une évaluation a mis en évidence des résultats importants : dans la région couverte par le programme, l'âge médian du mariage est passé de 16 ans à 17 ans et les adolescentes du groupe témoin étaient quatre fois plus susceptibles de se marier avant l'âge de 18 ans que les participantes. En outre, la proportion des mariages des adolescentes de moins de 18 ans est tombée à 61,8 %, contre 80,7 % pour les non-participantes (Pande et al., 2006).

Les attitudes des garçons et des hommes ont un impact notable sur la santé, les droits, le statut social et le bien-être des filles et donc sur leur vulnérabilité à la grossesse. Dans de nombreux pays, l'UNFPA appuie des programmes qui œuvrent avec des garçons, des adolescents et de jeunes de sexe masculin dans les domaines de la sexualité, de la vie familiale et de la préparation à la vie active; ces programmes remettent en question les stéréotypes actuels concernant la masculinité, la tendance masculine à la prise de risques (en particulier dans les comportements sexuels) et s'emploient à faire comprendre aux jeunes les droits des femmes et l'égalité des sexes et à obtenir leur appui. Dans certains pays, l'UNFPA a fait équipe avec des institutions nationales pour sensibiliser le public à l'impact des attitudes négatives et des pratiques néfastes sur les femmes et les filles par le biais de programmes d'éducation sexuelle complète adaptés à l'âge qui sont dispensés en milieu scolaire, ou avec des organisations de la société civile pour établir un dialogue avec les hommes et les garçons sur leurs attitudes par rapport au mariage d'enfants, à la contraception et aux questions de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'aux droits en matière de procréation.



▲ Pairs éducateurs de Geração Biz, à Maputo (Mozambique).
© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

Investissement dans les services pour les jeunes

Les adolescents, mariés ou non, ont souvent un accès limité aux contraceptifs et aux informations sur leur utilisation. Parmi les obstacles qui s'opposent à cet accès figurent un manque d'information sur les endroits où les contraceptifs sont disponibles, la crainte d'être rejetés par les prestataires de services, l'opposition d'un partenaire masculin, la stigmatisation communautaire attachée à la contraception ou à la sexualité chez les adolescents, l'emplacement géographique des centres de santé ou les heures d'ouverture peu pratique, le coût et les préoccupations relatives au respect de la vie privée et à la confidentialité.

Afin de faciliter l'acquisition par les adolescents de connaissances sur la prévention de la grossesse et des infections sexuellement transmissibles, y compris par le VIH, ou l'obtention de contraceptifs, des pays de plus en plus nombreux ont établi des services de santé sexuelle et reproductive conviviaux pour les jeunes. Ces services ont généralement pour caractéristiques d'assurer le respect de la vie privée des adolescents, d'être situés dans des lieux, et ouverts à des heures, pratiques pour les jeunes, d'être dotés en personnel de prestataires ayant reçu une formation à la satisfaction des besoins des jeunes, et d'offrir un ensemble complet de services essentiels.

Le Nicaragua, par exemple, élargit l'accès des adolescents et des jeunes défavorisés aux services de santé sexuelle et reproductive, y inclus à la contraception, au moyen de son Système de bons concurrentiels. Les bons donnant droit aux services gratuits sont distribués aux jeunes par des organisations non gouvernementales dans les marchés de Managua, devant les établissements d'enseignement publics, dans les rues et dans les dispensaires de santé. Des travailleurs de proximité en remettent également de porte à porte. Chaque bon est valable trois mois et peut être transféré à un(e) autre adolescent(e) qui en aurait davantage besoin. Il donne droit gratuitement à une consultation et à une visite de suivi pour des conseils, des services de planification familiale, des tests de grossesse, des soins prénatals, le traitement d'infections sexuellement transmissibles, ou pour une combinaison de divers services. Le programme a également formé du personnel des centres de santé dans les domaines des conseils aux adolescents, des questions de sexualité chez les adolescents et de l'identification et du traitement des abus sexuels (Muewissen, 2006).

Les résultats préliminaires d'une évaluation ont montré que le système de bons était associé à un plus grand recours aux soins de santé sexuelle et reproductive, à des connaissances accrues sur les

contraceptifs et les infections sexuellement transmissibles, et à un usage accru des préservatifs.

Au Mozambique, dans le cadre du programme *Geração Biz* [Génération occupée], les ministères de la santé, de l'éducation et de la jeunesse et des sports fournissent conjointement des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes, exécutent en milieu scolaire des campagnes d'information sur la contraception et la prévention de l'infection par le VIH, et diffusent des informations dans les communautés à l'intention des jeunes non scolarisés. Le programme dispose d'un réseau de 5 000 pairs conseillers par l'intermédiaire desquels il dispense aux jeunes mozambicains des informations et des services confidentiels, sans porter de jugements de valeur. Ce programme de nature multisectorielle, qui associe à ses efforts des décideurs politiques, des prestataires de soins, des éducateurs et des parties prenantes communautaires ainsi que des jeunes, a une incidence sur les jeunes et les adolescents et accroît chez ceux-ci les connaissances sur les contraceptifs et la pratique de la contraception (Hainsworth et al. 2009).

Le programme DISHA (*Development Initiative Supporting Healthy Adolescents* – Initiative de développement à l'appui de la santé des adolescents), en Inde, allie des activités communautaires de mentorat et de dialogue à une expansion des services complets de santé et d'éducation sexuelle, d'éducation et de fourniture de contraceptifs et de formation à la vie quotidienne. Dans 176 villages, il a mis en place des groupes de jeunes et des centres de ressources où les adolescents peuvent s'informer sur les questions de santé sexuelle et reproductive, bénéficier de services et suivre des formations en vue de se procurer de futurs moyens d'existence. Le programme forme également du personnel de santé local aux soins adaptés aux jeunes, organise des travailleurs bénévoles qui distribuent des contraceptifs modernes, envoie des pairs éducateurs sur le terrain, organise des séances de conseils et offre aux jeunes et aux adultes un forum où ils peuvent se réunir pour parler du rôle des jeunes dans la société.

L'évaluation du programme, effectuée selon une méthode quasi expérimentale avec un groupe témoin, a révélé que l'âge moyen des filles au mariage était passé chez les participantes de 15,9 ans à 17,9 ans et que les jeunes mariés exposés au programme étaient de près de 60 % plus susceptibles de faire usage d'un contraceptif moderne (auto-déclaration) que les autres jeunes. De même, les attitudes concernant le mariage d'enfants ont changé. Au début du programme, 66 % des garçons et 60 % des filles estimaient que l'âge idéal du mariage des filles était de 18 ans ou plus; après le programme, ces taux étaient de 94 % chez les garçons et de 87 % chez les filles (Kanesathasan et al., 2008).

L'accès à la contraception d'urgence est d'une grande importance pour les adolescentes, qui ne sont souvent pas en mesure, par manque d'aptitudes ou de pouvoir, de négocier l'emploi du préservatif et qui sont exposées à la contrainte, à l'exploitation et à la violence. La contraception d'urgence permet d'éviter la grossesse lorsqu'elle est administrée dans les cinq jours qui suivent des rapports sexuels non protégés, un échec ou un mauvais usage de contraceptif (oubli d'une pilule par exemple), un viol ou des rapports sexuels sous contrainte. Elle perturbe l'ovulation et réduit la probabilité de grossesse de jusqu'à 90 %. Elle

« Une fois, un préservatif s'est déchiré et nous nous en sommes rendu compte après. Mon amie a paniqué, ce que je comprends parfaitement. Mais je crois que nous avons bien géré le problème. Nous avons trouvé une pharmacie où nous avons acheté un contraceptif d'urgence. »

Lasse, 18 ans – Danemark

CHUTE DU TAUX D'AVORTEMENT DES ADOLESCENTES EN UKRAINE

Au début des années 1990, le nombre d'avortements pratiqués en Ukraine était d'un million par an. Ce nombre a diminué depuis de plus de 80 % grâce, principalement, à un accès élargi aux contraceptifs, aux informations et aux services de planification familiale.

Le taux d'avortement chez les adolescentes de 15 à 17 ans a lui aussi diminué, étant passé de 7,74 avortements pour 1 000 filles à 2,51 aujourd'hui. Cette diminution est attribuée aux efforts déployés par les pouvoirs publics pour accroître l'accès à des services de santé adaptés aux jeunes, de même qu'à l'adoption de mesures législatives, de politiques et de programmes qui accordent une place prioritaire à la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

L'un des programmes mis en œuvre, celui de la « Santé génésique de la nation », vise à protéger la santé reproductive de la population et à exercer une influence positive sur celle des adolescents. Une autre initiative, le Programme national de la jeunesse ukrainienne, fait de la promotion de modes de vie sains une priorité nationale.

L'UNFPA, l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF apportent leur concours au ministère de la Santé pour l'élaboration d'un cadre réglementaire et institutionnel général en faveur de services de santé adaptés aux jeunes.

L'accès à des services de planification familiale de qualité, comprenant notamment des conseils sur les méthodes de contraception modernes, s'est amélioré et la sensibilisation aux avantages de la planification familiale pour la santé s'est accrue. Le gouvernement a conclu des partenariats avec des entreprises pharmaceutiques et des pharmacies pour élargir la gamme des contraceptifs disponibles et pour en réduire le prix, et le ministère de la Santé a renforcé sa capacité d'appui et de promotion des initiatives de planification familiale, notamment de celles qui visent les adolescents et les jeunes.

Viktoriya Verenych, obstétricienne-gynécologue dans un centre de santé adapté aux jeunes de Kiev, dit avoir remarqué au cours des cinq dernières années une tendance à un début plus précoce de l'activité sexuelle chez ses clientes.

« Il est très important, note-t-elle, qu'à ce stade de leur existence, elles aient accès à des conseils professionnels sur la prévention des grossesses non désirées, de l'infection par le VIH et des infections sexuellement transmissibles. Ces conseils doivent être dispensés de manière adaptée aux jeunes. »

ne peut pas prévenir l'implantation d'un ovule fécondé, nuire au développement d'un embryon ni mettre fin à une grossesse en cours.

Parmi les obstacles qui s'opposent à l'accès des adolescents à la contraception d'urgence figurent l'ignorance de son existence, la résistance du personnel de santé à la délivrer, le coût, l'opposition communautaire à son emploi et les limites imposées par la loi.

Dans 22 pays, la pilule contraceptive d'urgence spécifiquement destinée à cet usage et enregistrée n'est pas disponible (International Consortium for Emergency Contraception, 2013). Même dans les pays où la contraception d'urgence est disponible, les adolescents peuvent hésiter à se la faire délivrer par des établissements de santé traditionnels où ils se font juger par le personnel. Pour permettre aux jeunes de se procurer des moyens contraceptifs d'urgence, l'organisation non gouvernementale PATH a mis en œuvre au Cambodge, au Kenya et au Nicaragua un projet visant à renforcer les capacités des pharmacies à fournir des services de santé reproductive adaptés aux jeunes qui accorde une place particulière à ce type de contraception. Le projet dispense une formation au personnel des pharmacies et à des pairs éducateurs pour assurer la fourniture d'informations exactes et actuelles sur la contraception d'urgence ainsi que sur d'autres services de santé reproductive.

Une évaluation a permis de constater que le projet avait accru la capacité du personnel pharmacien à fournir aux jeunes des services de santé reproductive de qualité. Les données indiquent que ce personnel a acquis des connaissances sur les pilules contraceptives d'urgence, les infections sexuellement transmissibles et les méthodes de contraception modernes. Dans les trois pays, les connaissances du personnel des pharmacies sur la contraception d'urgence se sont améliorées considérablement : alors qu'avant leur formation les données indiquaient qu'environ 30 % de ce personnel dispensait les pilules contraceptives d'urgence à bon escient, ce taux était passé à environ 80 % après la formation (Parker, 2005).

Éliminer la contrainte et la violence sexuelles

On parle généralement de violence sexuelle pour désigner des rapports sexuels imposés par la force physique, en particulier le viol. La contrainte sexuelle consistent plus généralement en l'acte de forcer ou d'essayer de forcer quelqu'un par la violence, les menaces, l'insistance, la tromperie, les attentes culturelles ou la situation économique, à se livrer à un comportement sexuel contre son gré (Baumgartner et al., 2009). Les définitions qui regroupent toutes les

formes de contrainte sexuelle et de violence sexuelle présentent des difficultés lorsque l'on essaie d'établir un lien entre la grossesse chez l'adolescente et la violence sexuelle, telles que le viol, ou la contrainte sexuelle, que les adolescents ne reconnaissent pas nécessairement comme une violence.

L'élimination de la contrainte et de la violence à l'égard des adolescentes, ou de toute autre personne, est un impératif en tous lieux et exige des actions soutenues sur de multiples fronts, depuis le renforcement des systèmes de justice pénale pour

RÉPONSE AUX BESOINS DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES EN COLOMBIE

Au deuxième étage d'un bâtiment moderne, le Centre de santé pour jeunes de Duitama (Colombie) a quelques murs blancs, la plupart ayant été décorés par des adolescents graffitistes locaux. Environ un quart des 111 000 habitants de la ville sont âgés de 10 à 24 ans.

Chaque mois, plus de 600 jeunes font appel aux services du centre, qui couvrent toute une gamme depuis les soins dentaires jusqu'aux services de santé sexuelle et reproductive et à la psychothérapie.

« Il ne s'agit pas seulement de santé, mais aussi de communication », dit Nubia Stella Robayo, infirmière spécialisée en soins de santé maternelle et périnatale pour adolescentes.

« La plupart des filles ont des difficultés financières, explique-t-elle, et 80 % de leurs grossesses ne sont pas planifiées. » Par ailleurs, la plupart des garçons et des filles qui se présentent au centre pour la première fois n'emploient pas de contraceptifs.

Mme Robayo note que beaucoup de filles dont elle s'occupe pensent que leur corps est trop immature pour qu'elles puissent tomber enceintes, ce qui fait qu'elles ne voient pas pourquoi elles se soucieraient d'employer un préservatif. Cette attitude est particulièrement répandue chez les filles des régions rurales environnantes. La confusion entre sexualité et grossesse, dit-elle, indique la nécessité d'une amélioration de l'éducation et de l'information sur la sexualité.

« Dès que j'ai entendu parler de services adaptés aux jeunes, j'ai trouvé que c'était une idée géniale et j'ai dit : c'est ce que nous devons faire », dit Lucila Esperanza Pérez, la directrice du centre, qui précise que la prévention de la grossesse chez l'adolescente est le principal but de ses activités. Mme Pérez a eu elle-même deux enfants avant d'avoir 20 ans et elle connaît bien les difficultés que peuvent présenter la grossesse chez l'adolescente. « Nous voulions établir un centre où les jeunes

pourraient se procurer les informations dont ils ont besoin pour gérer leur vie sexuelle et reproductive, poursuit-elle. Et les jeunes ont été consultés dès le début du projet; ce sont eux qui, en fait, en ont pris la direction. »

Sont considérés comme adaptés aux jeunes les services qui répondent aux besoins de ceux-ci, reconnaissent leurs droits et constituent un lieu où ils peuvent trouver des informations, des conseils qui les guident, et où l'on s'occupe d'eux, explique Mme Pérez. La santé, ajoute-t-elle, est un état de bien-être physique, mental, spirituel et social.

Catherine, 19 ans, en est à sa 32^e semaine de grossesse et vient au centre pour les visites prénatales. « La grossesse est difficile si elle n'est pas planifiée, dit-elle, parce qu'il y a trop d'objectifs et de rêves qu'il faut remettre à plus tard. »

Elle note que l'attitude des infirmières et des médecins du centre fait qu'elle se sent appréciée. « Vous sentez leur affection pour vous quand ils vous parlent et ils sont toujours réceptifs à vos questions ou à vos problèmes », dit-elle.

Juan, 20 ans, est l'un des membres des groupes de pairs du centre, où les jeunes peuvent partager leurs expériences et leurs connaissances avec d'autres jeunes des établissements d'enseignement et de l'ensemble de la communauté. Son groupe dirige également des ateliers, des forums et d'autres activités qui réunissent des jeunes pour parler de questions telles que la sexualité responsable et la violence sexiste. Ils sont parfois plus de 1 000 jeunes à assister aux événements.

Bien que les jeunes soient de plus en plus nombreux à recourir aux services du centre et que les grossesses chez les adolescentes commencent à diminuer, « il reste beaucoup à faire », dit Mme Pérez, pour en aider encore davantage à éviter les grossesses et à traiter d'autres problèmes qui affectent les jeunes de Duitama, tels que la prévention des violences sexuelles et la lutte contre la toxicomanie.

que les auteurs des faits soient traduits en justice et que les survivantes bénéficient d'appuis, jusqu'à la formation des prestataires de soins de santé pour leur apprendre à les reconnaître et à les déclarer aux autorités, et jusqu'à la modification des attitudes des hommes et des garçons pour prévenir la survenue des actes constitutifs de contrainte et de violence.

L'Inde, Haïti et la République démocratique du Congo sont trois pays qui ont récemment entrepris de renforcer leurs lois contre la violence sexuelle, mais ces lois, dans ces pays ou ailleurs, n'ont pas encore fait l'objet d'évaluations pour déterminer le degré d'efficacité de la protection qu'elles assurent aux filles contre le viol et la grossesse non désirée (Heise, 2011). Toutefois, de même que les lois interdisant le mariage d'enfants, leur efficacité dépend de leur application et du soutien du public en leur faveur. Par ailleurs, comme les lois contre le mariage d'enfants, les lois qui répriment la violence sexuelle et sexiste font comprendre clairement que la protection des droits des jeunes vulnérables et en particulier des adolescentes est une priorité nationale.

Près de 50 % des agressions sexuelles commises de par le monde le sont contre des adolescentes de moins de 16 ans.

Une analyse des données recueillies sur les interventions visant à réduire la violence à l'égard des adolescentes (Blanc et al., 2012) note que les mesures s'inscrivent généralement dans le cadre de vastes programmes comprenant la préparation à la vie active, la création d'espaces sûrs pour les filles et la modification des notions de masculinité chez les garçons et les jeunes hommes. Elles sont parfois aussi intégrées dans des initiatives générales axées sur les jeunes et portant sur la santé sexuelle et reproductive. Ces mesures ont été mises en œuvre, par exemple, par l'intermédiaire d'associations sportives (Brady and Khan, 2002), de programmes

de préparation à la vie quotidienne et d'appui par les pairs (Askew et al., 2004; Ajuwon and Brieger, 2007; Jewkes et al., 2008), de programmes de mentorat/tutorat féminin (Mgalla et al., 1998), de programmes de prévention de l'infection par le VIH et d'éducation en matière de santé reproductive (Hallman and Roca 2011) et d'ateliers ciblant les hommes (Peacock and Levack, 2004). D'autres sont venues modifier les programmes d'enseignement en matière de sexualité et de préparation à la vie active pour traiter plus largement de la violence sexiste et de la contrainte sexuelle (Ross et al., 2007).

Cette étude signale toutefois que, bien que ces initiatives aient eu pour effet d'autonomiser les filles, d'accroître les aptitudes à la communication et d'instaurer des attitudes plus égalitaires envers les femmes, il n'a été noté de réduction des violences commises par le partenaire que lorsque les actions portaient également sur l'habilitation économique, la santé sexuelle et la solidarité collective (Pronyk et al., 2006; Jewkes et al., 2008) et/ou lorsque les hommes et les garçons y étaient associés (Verma et al., 2008).

Investir dans les adolescentes enceintes ou mères

On peut faire beaucoup pour réduire les effets néfastes de la grossesse chez l'adolescente sur le plan sanitaire, social et économique et pour éviter la perte de possibilités d'éducation, d'emploi, de moyens d'existence et de participation à la vie de la communauté pour les adolescentes mariées ainsi que non mariées.

Assurer l'accès des adolescentes enceintes ou mères aux services exige souvent l'apport d'appuis financiers pour les soins de santé et l'alimentation, de conseils sur l'allaitement au sein, et d'aides pour la reprise des études ou la formation, le logement et les services si elles ont été rejetées par leur famille, ainsi que la fourniture de contraceptifs ou d'informations et de services pour l'espace des naissances.

Au nombre des facteurs essentiels pour l'amélioration de la santé maternelle chez l'adolescente figurent l'accès aux soins prénatals et le recours à ces soins afin de repérer et de traiter les problèmes de

santé éventuels tels que le paludisme, l'infection par le VIH ou l'anémie, la fourniture de soins d'obstétrique pour assurer un accouchement dans de bonnes conditions, le traitement des complications des avortements dangereux, la fourniture de soins postnatals et de soins aux nouveau-nés, et la mise à disposition de contraceptifs pour permettre un bon espacement des naissances (Advocates for Youth, 2007).

Mais pour des millions d'adolescentes de par le monde, l'accès aux services est limité par toute une gamme de facteurs économiques, sociaux et géographiques ainsi que par la disponibilité des services. Le degré d'autonomie personnelle est un déterminant clé de l'accès et du recours aux services. Il peut y avoir là un obstacle difficilement surmontable pour les filles mariées qui n'ont pas voix au chapitre même lorsqu'il s'agit de leur propre santé et qui n'ont pas les moyens financiers de se faire transporter jusqu'à un établissement de santé ou de se payer les soins nécessaires (World Health Organization, 2007). Les filles peuvent également s'abstenir de recourir aux services si elles pensent que les prestataires les jugeront mal ou refuseront de leur fournir des soins.

En général, les adolescentes demandent des soins plus tard et en reçoivent moins. Les filles enceintes ne savent souvent pas quels sont les services disponibles, quand il y a lieu de se faire soigner et comment trouver les prestataires de soins au moment voulu. Celles qui ne bénéficient pas d'un suivi prénatal risquent davantage de ne pas être préparées à une urgence éventuelle avant, pendant ou après l'accouchement. En milieu rural, elles peuvent se trouver à plusieurs kilomètres de marche de l'établissement de santé le plus proche (World Health Organization and UNFPA, 2006) et même encore plus loin d'un établissement pouvant dispenser des soins obstétricaux d'urgence.

Le Brésil est un pays qui a pris des mesures pour accroître l'accès des adolescentes enceintes aux soins prénatals, aux services d'accouchement et aux soins postnatals. L'Institut de périnatalogie de Bahia (IPERBA) est un centre de référence pour les grossesses à risque élevé dans l'État de Bahia,

État paupérisé situé dans le nord-est du pays. Son équipe pluridisciplinaire tient compte des multiples dimensions de la maternité pour dispenser des services d'accouchement sensibles et axés sur la patiente, prévenir la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, et venir en aide aux survivantes de la violence sexiste. L'IPERBA est également connu pour les soins spécialisés qu'il offre aux adolescentes enceintes : il en traite plus de mille par an, ce qui représente 23 % de tous les accouchements pratiqués dans l'établissement.

Le programme Options pour une vie meilleure, mis en œuvre en Inde, adopte une approche holistique dans les services qu'il offre aux adolescentes

« Quand j'avais 17 ans, j'ai eu un petit ami au lycée. J'ai demandé à mes amies ce qu'il en était des relations sexuelles et elles m'ont dit qu'on ne pouvait pas tomber enceinte les dix premiers jours après les règles. Je suis tombée enceinte quand même, mon ami a eu peur et a disparu, et mes parents voulaient me tuer. Heureusement un de mes professeurs a parlé à mes parents et a expliqué que je pourrais reprendre mes études après avoir accouché. Au début, mes parents ne voulaient rien entendre, mais ils ont fini par se laisser convaincre. Aujourd'hui, j'ai terminé mes études à l'âge de 20 ans et je veux devenir enseignante. Ce serait bien que l'on parle davantage de ces questions au lycée pour que les filles ne commettent pas la même erreur que moi. »

Phoebe, 20 ans - Ouganda

enceintes des taudis urbains de Delhi et des régions rurales des États du Madhya Pradesh et du Gujarat. Il intègre l'éducation, les moyens d'existence, l'alphabétisation, la formation professionnelle et la santé reproductive dans l'objectif général d'élargir la gamme des options dont disposent les filles (World Health Organization, 2007). Le programme promeut également le changement social par l'éducation des parents, de la famille et des décideurs communautaires. Une évaluation a permis de constater que les adolescentes ayant participé au programme étaient plus susceptibles que les non-participantes de se conformer à des régimes diététiques prénatals (avec des suppléments de fer et d'acide folique) et d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile avec l'assistance d'un accoucheur qualifié.

Plus l'interruption des études dure, plus les filles risquent de ne jamais les reprendre. Il faut, pour que les adolescentes enceintes ou les jeunes mères puissent rester scolarisées ou réintégrer le milieu scolaire, que des lois et des politiques nationales et locales idoines soient en place. Et même lorsque des politiques appropriées les appuient, nombreuses sont celles pour lesquelles l'interruption des études devient permanente. C'est ainsi, par exemple, que malgré une législation progressiste permettant aux jeunes Africaines du Sud de reprendre leurs études après une grossesse, environ un tiers d'entre elles seulement choisissent cette option (Grant and Hallman, 2006). Pour améliorer cette situation, il s'agira d'offrir à certaines filles des services de garderie, des appuis financiers et un soutien et des conseils individuels et individualisés pour les aider à assumer leurs nouvelles responsabilités et à s'adapter à une situation différente de celle de leurs camarades.

La Women's Centre of Jamaica Foundation aide les filles de 17 ans et moins qui ont abandonné leurs études ou se sont vues forcées de le faire en raison d'une grossesse. Les mères adolescentes sont autorisées à poursuivre leur éducation à l'antenne du

Centre la plus proche de chez elles pendant au moins un trimestre scolaire, puis à retourner dans le système d'enseignement général après avoir mis leur enfant au monde. Il existe sept centres principaux et huit centres de diffusion qui offrent, entre autres services, des programmes d'éducation pour les jeunes mères. Par comparaison aux mères adolescentes n'ayant pas participé au programme du Centre, le taux de nouvelles grossesses est inférieur chez les participantes et celles-ci sont plus nombreuses à avoir poursuivi leurs études, à s'être présentées aux examens et à avoir réintégré le système éducatif formel.

Atteindre les filles de 10 à 14 ans

Un certain nombre d'initiatives ont atteint ou ciblé les adolescentes de 14 ans ou moins, dont les besoins, la situation et les vulnérabilités se distinguent notablement de ceux des adolescentes de la tranche d'âge supérieure. Les interventions qui se sont avérées les plus efficaces sont celles qui promouvaient l'égalité des sexes, fournissaient une aide pour que les filles restent scolarisées, ou réduisaient la pauvreté et les incitatifs économiques au mariage d'enfants au sein des segments de la société les plus défavorisés (Blum et al., 2013).

Au nombre des initiatives qui ont remporté les plus grands succès figurent le Programme de

« J'ai eu mon premier enfant à 14 ans et mon second à 17 ans. Pour survivre avec mes enfants, je fais du jardinage chez les gens à 700 francs rwandais par jour [environ un dollar] ou je lave leurs vêtements. »

Emerithe, 18 ans - Rwanda

préparation à la vie active de l'État du Maharashtra (Inde), le programme Berhane Hewan de l'Éthiopie et le programme *Abriendo Oportunidades* du Guatemala, mentionnés ci-dessus.

Une autre initiative efficace est le projet FAM du Rwanda, programme interactif de formation ciblant les adolescentes de 10 à 14 ans, qui traite de questions telles que la puberté, la fécondité, les normes relatives au genre, la communication et les relations. Élaboré par l'Institute for Reproductive Health et mis en œuvre au Rwanda en conjonction avec les Catholic Relief Services, le projet a accru les connaissances et amélioré la communication entre parents et enfants dans les domaines de la sexualité et des rôles attribués aux deux sexes.

Au Népal, dans le cadre du programme *Choices Curriculum* [Curriculum des choix], élaboré par Save the Children, des clubs pour enfants dispensent une instruction sur l'égalité des sexes aux très jeunes adolescents, qu'ils sensibilisent à des questions telles que la discrimination sexuelle et la violence sexiste.

Toutefois, de nombreux pays ont accordé peu d'attention aux adolescents de ce groupe d'âge, outre des mesures prises pour s'assurer qu'ils restent scolarisés. Les décideurs politiques peuvent supposer que les adolescents et adolescentes de 10 à 14 ans bénéficient de la protection d'un parent ou d'un tuteur et, en conséquence, formuler des programmes qui dépendent de la participation des parents. Mais pour certains jeunes adolescents, les parents ne sont pas nécessairement présents dans leur existence.

Association des garçons et des hommes

Les attitudes des hommes et des garçons relatives aux questions de genre ont des effets directs sur la santé et le bien-être des femmes et des filles.

Il est d'une importance fondamentale de promouvoir l'égalité des sexes, d'autonomiser les femmes et d'associer les hommes aux initiatives, pour réaliser un grand nombre des objectifs de développement et notamment ceux de la réduction de la pauvreté et de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. La qualité des relations

entre les deux sexes peut favoriser la réalisation de ces objectifs ou s'y opposer (UNFPA, 2013b).

Un examen des mesures mises en œuvre pour associer les hommes et les garçons à l'élimination des inégalités entre les sexes dans les interventions de santé a permis de constater que des programmes judicieusement conçus visant les hommes et les garçons peuvent mener à des changements d'attitude et de comportement dans des domaines tels que la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle et néonatale, la prévention de l'infection par le VIH et la socialisation et le genre (World Health Organization, 2007). Les programmes intégrés, tout particulièrement ceux qui allient les actions de proximité, la mobilisation communautaire et les campagnes médiatiques à l'éducation collective, sont les plus efficaces pour obtenir des changements de comportement (UNFPA, 2013b).

Les initiatives visant à atteindre les jeunes hommes constituent un excellent investissement car ceux-ci sont plus réceptifs aux informations relatives à la santé et aux possibilités d'envisager différemment les relations hommes-femmes. Les recherches montrent que les perceptions malsaines relatives à la sexualité, notamment la réification sexuelle de la femme, le fait de considérer les rapports sexuels sous l'angle de la performance et l'usage de contraintes ou de la force dans les relations sexuelles, commencent durant l'adolescence. Les différentes formes de discrimination sexuelle affectent les filles et les femmes, mais la vision dominante de la masculinité chez les adolescents et les jeunes de sexe masculin est la force qui incite à la prise de risque dans les comportements de ceux-ci, notamment à la violence des rues et aux pratiques sexuelles à risque (UNFPA, 2013b). L'offre de possibilités accrues de participation des garçons et des jeunes hommes aux efforts favorables à l'égalité des sexes a un impact non seulement sur l'existence des femmes et des hommes mais aussi sur la leur, et elle contribue à produire des générations d'hommes adultes qui appliquent dans la vie des principes égalitaires.

Avec l'appui de l'UNFPA, le Nicaragua a adopté une approche transformatrice de la prévention de la violence sexuelle et de la grossesse au moyen d'une initiative dite *Que Tuani No Ser Machista* [C'est cool de ne pas être macho]. Ce programme met en œuvre des activités qui remettent en question les normes rigides définissant les rôles attribués aux deux sexes et les relations hommes-femmes et les modifient, en allant au-delà du niveau individuel pour prendre également en considération les facteurs interpersonnels, socio structurels, structurels et communautaires qui influent sur les attitudes et les comportements (Promundo, 2010).

Au moyen d'activités d'éducation collectives et de campagnes de plaidoyer, cette initiative nicaraguayenne a encouragé des garçons de 10 à 15 ans de 43 communautés à réfléchir à la masculinité et à remettre en question les normes et stéréotypes associés au genre. Les activités d'éducation collectives comprenaient des exercices qui invitaient les garçons à s'exprimer, notamment sur la façon dont ils percevaient leur identité de jeune de sexe masculin. Il a été estimé que quelque 3 000 adolescents avaient participé à la première phase du programme (2009-2010) et jusqu' à 20 000 à la deuxième phase (2010-2011).

PRÉVENTION DE LA GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE ET APPUI AUX JEUNES MÈRES EN JAMAÏQUE

« Être enceinte si jeune a été pour moi terrifiant. Je ne savais que faire quand j'ai appris la nouvelle », dit Joelle, 17 ans, au sujet de son désarroi affectif lors de sa première grossesse.

« J'arrivais à la dernière année de mes études secondaires. J'allais obtenir mon diplôme et fait la fierté mes parents, se remémore-t-elle. J'étais horrifiée, honteuse, catastrophée de me rendre compte que rien de ce que je voulais ne pourrait se produire. »

Joelle est l'une des deux adolescentes qui ont fait part de leur expérience en toute franchise à la Première dame du Burkina Faso, Chantal Compaoré, et à son équipe qui étaient en visite à Kingston (Jamaïque) pour s'informer sur les stratégies que les pouvoirs publics appliquent pour traiter de la problématique de la grossesse chez l'adolescente dans le pays.

Le Programme des mères adolescentes de la Women's Centre Foundation of Jamaica auquel Joelle participe est la pièce maîtresse de l'appareil stratégique de l'État, programme que l'UNFPA considère comme une pratique optimale et un modèle pour les autres pays faisant face aux mêmes problèmes.

Joelle décrit l'organisation et les conseillères qui lui apportent de l'aide au cours de cette période difficile comme « des pompiers qui sont venus à mon secours alors que mon univers était en flammes ».

Résultats

Depuis 1978, le Programme des mères adolescentes de la Jamaïque dispense des cours d'éducation permanente, des conseils et une formation pratique aux mères de moins de 17 ans. Grâce à ces

activités, celles-ci peuvent poursuivre leurs études au centre du programme le plus proche pendant au moins un semestre, puis réintégrer le système d'enseignement normal une fois que leur enfant est né.

La fondation administre sept centres principaux et neuf antennes locales dans tout le pays, qui ont assuré l'éducation de 1 402 mères adolescentes durant l'année scolaire 2011-2012, plus de la moitié de celles-ci ayant ensuite repris leurs études normales. Le Centre offre également toute une gamme d'autres services, tels que des garderies d'enfants et des conseils sans rendez-vous aux femmes et aux hommes de tout âge, notamment aux pères des bébés, à leurs parents et aux parents de jeunes mères.

Place de la planification familiale

La planification familiale est une composante intégrale du programme de conseils offert dans chaque centre et l'UNFPA fait équipe avec l'organisation depuis des années en vue de réduire le risque de deuxième grossesse non désirée chez les adolescentes qu'elle conseille.

Avec le consentement de leurs parents, les jeunes mères reçoivent des informations sur la santé sexuelle et reproductive et se voient offrir une méthode de contraception de leur choix pour les aider à retarder une deuxième grossesse et leur permettre de finir leurs études. Avec l'appui de l'UNFPA, rien que sur la période 2008-2011, le Women's Centre a distribué plus de 10 000 préservatifs masculins et de 6 000 préservatifs féminins.

Associer les garçons au moyen des médias et de technologies innovantes

Dans le monde entier, les campagnes médiatiques ont eu un certain degré d'efficacité dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive (notamment pour la prévention de l'infection par le VIH et pour le traitement, les soins et l'appui des séropositifs), de la lutte contre la violence sexiste et de la santé paternelle, maternelle, néonatale et infantile. Les campagnes efficaces sont généralement celles qui vont au-delà de la simple communication d'informations pour encourager les garçons et les hommes à parler de problèmes spécifiques, tels que la violence à l'égard des femmes. Certaines

« Je ne cesse d'imaginer ce que ma vie aurait été si j'avais rencontré quelqu'un d'autre avant d'être enceinte, quelqu'un qui m'aurait appris à m'affirmer, qui m'aurait parlé des relations entre hommes et femmes, des avantages et des inconvénients d'être sexuellement active si jeune. Peut-être que je ne serais pas dans cette situation aujourd'hui. »

Swinton, 20 ans, enceinte à 15 ans - Zimbabwe

Au fil des ans, le Centre est parvenu à maintenir le taux des grossesses des jeunes mères participant à ses programmes à moins de 2 %. Il s'est également révélé efficace pour permettre aux adolescentes de terminer leurs études secondaires, lesquelles ont mené, pour certaines, à des études supérieures.

Retour en classe : le succès du plaidoyer

En Jamaïque, la conséquence immédiate de la grossesse chez l'adolescente est le renvoi scolaire, et la réinsertion des jeunes mères dans le système d'enseignement est donc une priorité.

Les efforts dans ce sens ont abouti récemment, en mai 2013, à l'adoption en conseil des ministres de la Politique sur la réinsertion des mères adolescentes dans le système général d'enseignement. Cette politique novatrice, à laquelle ont œuvré le Women's Centre of Jamaica et le ministère de l'Éducation, avec l'appui de l'UNFPA, permettra à toutes les mères d'âge scolaire de poursuivre leurs études après avoir mis leur enfant au monde.

À partir de septembre 2013, date d'entrée en vigueur de la nouvelle politique, les mères adolescentes n'auront plus à craindre de se voir refuser leur retour en classe, les établissements d'enseignement étant dorénavant obligés de les accepter après la naissance de leur enfant. En outre, elles auront le choix de revenir dans l'établissement qu'elles avaient quitté ou de reprendre leurs études dans un autre établissement.

« L'éducation de nos filles est l'une des forces de la culture et de l'histoire jamaïcaines, note Ronald Thwaites, ministre de

l'Éducation de la Jamaïque. Nous voulons que toutes les filles aient une éducation, quelle que soit leur situation, même si elles sont tombées enceintes et ont eu un enfant. Nous voulons assurer leur promotion et veiller à ce qu'elles aient les meilleures possibilités possibles. Nous sommes un pays de la deuxième chance. »

L'innovation, facteur de succès : garderies d'enfants et place des hommes

Si l'appui aux jeunes mères pour les aider à relever les défis auxquels elles font face est la première priorité, l'association des hommes aux efforts et la communication d'informations et de conseils à leur intention sont également une composante centrale de la stratégie du Women's Centre of Jamaica, qui contribue à son efficacité.

Dans le cadre des services permanents de conseils par les pairs offert par le Centre, l'UNFPA a appuyé la formation de 50 jeunes hommes dans les régions de Clarendon et de Manchester. Par le biais de diverses activités, ceux-ci agissent auprès de leurs pairs pour les sensibiliser aux questions de santé sexuelle et reproductive, notamment à la planification familiale et à la prévention de l'infection par le VIH et pour les informer sur les services de santé sexuelle et reproductive disponibles. Les jeunes conseillers se rendent dans des centres ou des antennes proches de leur domicile et rendent compte de leurs activités à des superviseurs chargés de la diffusion extérieure.

LE RÔLE DES HOMMES SELON LA CIPD

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement appelle les dirigeants à « [...] promouvoir la pleine participation des hommes à la vie familiale et la pleine intégration des femmes à la vie de la collectivité », en veillant à ce qu'ils [les hommes et les femmes] « soient associés sur un pied d'égalité » (paragraphe 4.24 et 4.29). Il note qu'il faudrait « mettre l'accent sur la part de responsabilité qui incombe aux hommes dans la fonction parentale et le comportement en matière de sexualité et de procréation et les encourager à assumer activement cette responsabilité, notamment en ce qui concerne la planification familiale, la santé prénatale, maternelle et infantile, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, dont la contamination par le VIH, [et] la prévention des grossesses non désirées ou à haut risque » (paragraphe 4.27).

campagnes ont également obtenu des résultats en diffusant des messages ayant trait aux modes de vie égalitaires pour les hommes et les femmes, et en promouvant ou en renforçant certaines conceptions spécifiques de l'identité masculine. Les campagnes médiatiques à elles-seules semblent aboutir à des changements de comportement limités mais induisent des changements notables en matière d'intentions de comportement (Bard et al., 2007).

L'UNFPA a appuyé le développement de Breakaway, jeu de football électronique qui vise à sensibiliser les garçons de 8 à 16 ans à la violence à l'égard des filles et des femmes. Dans ce jeu, il est présenté aux joueurs des situations issues de la vie réelle en rapport avec l'expérience des adolescents : pressions des pairs, compétition, travail en équipe, intimidation, ainsi que des stéréotypes relatifs au genre. Les joueurs doivent effectuer des choix, prendre des décisions, faire face aux conséquences de celles-ci, réfléchir et pratiquer divers comportements dans le cadre du jeu et des histoires présentées. Par le biais du match de football interactif, les joueurs apprennent que les apparences peuvent être trompeuses et que leurs

choix et leurs actions se répercutent sur l'existence de tous ceux et celles qui les entourent. Sorti et distribué localement en Afrique à l'occasion de la Coupe du monde de la FIFA en juin 2010, le jeu est aujourd'hui disponible dans le monde entier sur Internet en anglais, français, espagnol et portugais. Un certain nombre de bureaux de pays de l'UNFPA et de partenaires soutiennent l'emploi de cet instrument et le diffusent dans le cadre d'activités de proximité.

Conclusion

Un grand nombre des mesures prises par les pouvoirs publics, la société civile et les organisations internationales qui ont aidé à prévenir la grossesse chez les adolescentes n'étaient pas spécifiquement conçues à cette fin. Les interventions polyvalentes qui visent à développer le capital humain des filles, qui se concentrent sur leur aptitude à prendre des décisions dans le domaine de la santé reproductive et de la sexualité et qui promeuvent l'égalité des sexes et le respect des droits de la personne ont un tel effet préventif, ainsi qu'en témoignent les données disponibles.

La plupart des programmes évoqués dans le présent chapitre ont été évalués et se sont révélés efficaces dans l'appui qu'ils apportent aux filles sur divers points pour assurer une transition saine et sans danger de l'adolescence à l'âge adulte. Certaines catégories d'intervention, notamment l'éducation sexuelle complète, ont aussi été évaluées comme ayant été très généralement efficaces pour accroître les connaissances sur la santé sexuelle et reproductive, notamment en matière de contraception, pour modifier les comportements des garçons et des filles, ou pour accroître l'emploi de la contraception.

Il existe toutefois de nombreuses initiatives novatrices, autres que celles présentées ici, qui visent à réduire la prévalence du mariage d'enfants, à appuyer la scolarisation des filles, à modifier les attitudes en matière d'égalité des sexes et de rôles attribués aux deux sexes, et à élargir l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et

reproductive, y inclus de contraception, qui n'ont pas encore été évaluées mais qui devraient faire l'objet d'études complémentaires pour déterminer leur efficacité du point de vue de l'amélioration des conditions de vie des filles.

On peut retenir deux grandes leçons des expériences des pays décrites dans le présent chapitre : 1) les investissements dans les filles autonomisent celles-ci de multiples manières, notamment en leur apportant les moyens de prévenir la grossesse; 2) l'élimination des obstacles qui s'opposent à ce que les filles exercent leurs droits et la prise en compte des causes sous-jacentes de la grossesse chez l'adolescente peuvent avoir des effets transformateurs sur l'existence et l'avenir des filles.

Les filles les plus vulnérables, notamment les filles extrêmement pauvres, celles qui appartiennent à des minorités ethniques ou à des groupes autochtones, et les adolescentes très jeunes qui ont été forcées à se marier, ont besoin d'appuis supplémentaires mais sont souvent oubliées par les programmes de développement ou de santé sexuelle et reproductive. Dans la plupart des cas, les données et les informations contextuelles sur ces filles sont rares, voire inexistantes, et l'on sait peu de choses de leurs vulnérabilités et de leurs difficultés; il n'est donc pas surprenant que peu d'entités gouvernementales ou d'organisations de la société civile aient formulé des politiques, des programmes ou des lois qui pourraient les protéger ou les autonomiser.

Les autorités gouvernementales sont de plus en plus nombreuses à investir dans les filles pour les doter des moyens de prévenir la grossesse, mais plus rares sont celles qui ont investi dans des systèmes et des services qui offrent des appuis aux adolescentes enceintes ou mères, qui peuvent protéger la santé de la mère et de l'enfant et qui favorisent la pleine réalisation du potentiel des intéressées.

VERS UN NOUVEAU DÉPART AUX PHILIPPINES

Avant d'être enceinte à 17 ans, Geah se considérait comme une adolescente comme les autres, qui sortait en bande avec ses amies et son petit ami, contrairement à l'avis de ses parents qui pensaient qu'elle ferait mieux de rester à la maison, de penser à son travail scolaire et de terminer ses études.

Bien que sa grossesse ait été un événement imprévu, dit-elle, elle a été très heureuse à la pensée qu'elle aurait bientôt un bébé, comme certaines de ses amies. Son petit ami en était, lui aussi, heureux, mais n'ayant pas d'emploi et étant à la charge de ses parents, il ne pouvait pas lui apporter grande aide.

Un jour, Geah s'est rendue dans un dispensaire d'hygiène de Bago pour une visite médicale. L'une des infirmières connaissait Geah et a parlé à la mère de celle-ci, laquelle, bien que furieuse de savoir que sa fille était enceinte, a néanmoins décidé de lui accorder son soutien et l'a emmenée régulièrement aux visites de soins prénataux.

Geah a continué ses études pendant sa grossesse, mais les a abandonnées à la naissance de l'enfant.

Plusieurs mois après, elle a été invitée, ainsi que ses parents et son jeune frère, à assister à un cours sur la santé et le développement des adolescents à l'intention des parents et des membres de la famille, visant à les doter des connaissances et des aptitudes requises pour comprendre les défis qu'ont à relever les mères adolescentes et pour les aider à faire face au stress qui en résulte. Le cours était dispensé par le Salas Youth ACCESS Center, établi par l'administration municipale de Bago par l'entremise du Bureau municipal de la population en partenariat avec la Fondation Rafael Salas et avec le concours financier de l'UNFPA-Philippines.

Le Centre ACCESS est doté en personnel de jeunes pairs conseillers et vise à répondre aux besoins des jeunes scolarisés et non scolarisés.

Geah note qu'après le cours de formation, ses parents ont mieux compris sa situation et lui ont apporté davantage de soutien et d'encouragement. Les communications avec ses parents se sont aussi améliorées, dit-elle.

Grâce à l'appui de ses parents et d'ACCESS, elle a repris ses études. Le Centre ACCESS lui a également fourni des contraceptifs pour qu'elle puisse retarder sa prochaine grossesse jusqu'à la fin de sa scolarité, ce qui, note-t-elle, l'aidera à trouver un bon emploi et à avoir des revenus suffisants pour l'entretien de sa famille.

— Angie Tanong, Commission de la population



भोजिक कैलकुलेटर

1	11	21	31	41	51	61	71	81	91
2	12	22	32	42	52	62	72	82	92
3	13	23	33	43	53	63	73	83	93
4	14	24	34	44	54	64	74	84	94
5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
6	16	26	36	46	56	66	76	86	96
7	17	27	37	47	57	67	77	87	97
8	18	28	38	48	58	68	78	88	98
9	19	29	39	49	59	69	79	89	99
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100



5

Cap sur l'avenir

Les adolescentes définissent le présent et l'avenir de l'humanité. Selon les possibilités et les choix dont elles disposent durant cette période de la vie, elles peuvent arriver à l'âge adulte en tant que citoyennes autonomisées et actives ou se retrouver négligées, sans voix au chapitre et s'enliser dans la pauvreté.

© Mark Tuschman/Educate Girls India

Des millions de filles tombent enceintes tous les ans dans les pays en développement et dans une moindre mesure dans les pays développés. L'impact qui en résulte sur leur santé, leurs perspectives économiques, leurs droits et leur avenir est incontestable, de même que les répercussions sur leur enfant, leur famille et leur communauté.

La plupart des pays ont pris des mesures qui visent à prévenir la grossesse chez l'adolescente et, moins fréquemment, à fournir des appuis aux filles qui sont tombées enceintes. Mais beaucoup des mesures instaurées à ce jour portent principalement sur des modifications du comportement de l'adolescente, sans tenir compte des déterminants et des facteurs sous-jacents, tels que l'inégalité des sexes, la pauvreté, la violence et la contrainte sexuelles, le mariage d'enfants, le déni des possibilités d'éducation et d'emploi et les stéréotypes et les attitudes négatives à l'égard des adolescentes; beaucoup négligent également le rôle des garçons et des hommes.

En 1994, les 179 pays représentés à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) ont reconnu que l'insuffisance des

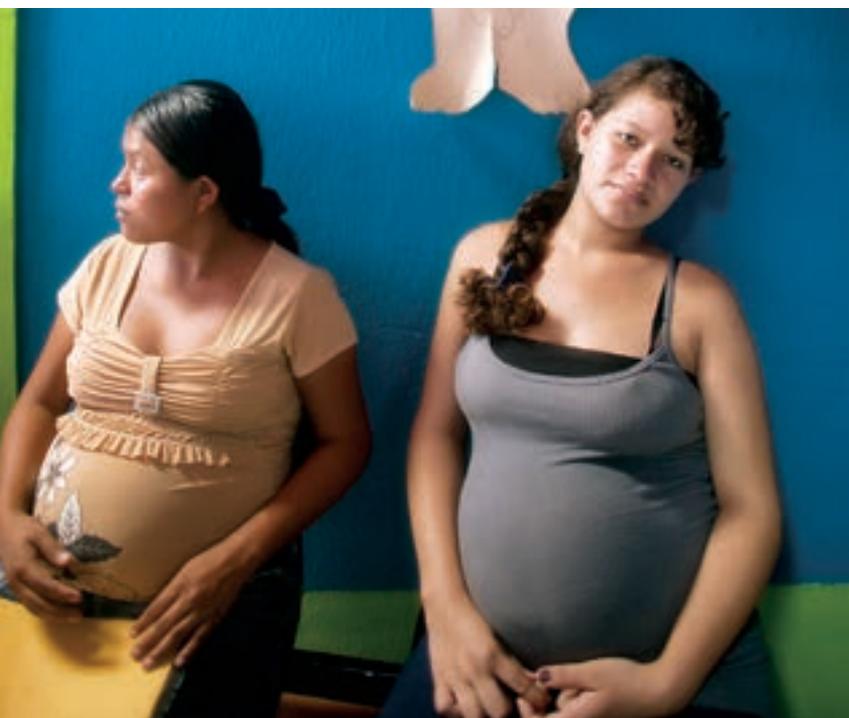
possibilités d'éducation et des chances économiques ainsi que l'exploitation sexuelle sont des facteurs importants qui expliquent la fréquence des grossesses chez les adolescentes. « Dans les pays développés comme dans les pays en développement, beaucoup d'adolescentes pauvres et à qui la vie semble offrir peu de chances n'ont guère de raisons de différer grossesse et procréation. » Mais ils ont reconnu aussi que les besoins de santé reproductive des adolescents en tant que groupe ont été « largement ignorés » et ils ont lancé un appel aux pouvoirs publics pour que ceux-ci mettent à disposition des informations et des services afin de contribuer à protéger les filles et les jeunes femmes des grossesses non désirées et qu'ils enseignent aux jeunes hommes à « respecter l'autodétermination des femmes ». Dans le Programme d'action de la CIPD, les pays participants ont également souligné la nécessité d'appliquer des mesures en faveur de l'égalité des sexes et de l'équité.

Les difficultés auxquelles les filles étaient confrontées en 1994 persistent de nos jours et sont aggravées par les nouvelles pressions résultant de la prolifération des médias de masse et sociaux, qui glorifient parfois la grossesse chez l'adolescente et renforcent les attitudes négatives envers les filles et les femmes. Le Programme d'action de la CIPD donne des orientations sur l'aide à apporter aux filles pour les aider à résoudre les difficultés qui perdurent ainsi que celles qui émergent.

Mais les adolescentes n'ont pas toutes les mêmes défis à relever. Si l'on dispose d'une somme croissante de données factuelles sur les déterminants de la grossesse et sur des impacts sur les filles de 15 ans ou plus, très peu de recherches ont été menées sur la grossesse chez les filles de 14 ans ou moins. Cependant, d'après les connaissances limitées que nous possédons, la grossesse a sur une adolescente très jeune un impact très profond. Des mesures de prévention de la grossesse chez les adolescentes de la tranche d'âge supérieure sont en place dans la plupart des pays. En revanche, on peut pratiquement compter sur les doigts de la main les pays qui s'attachent à atteindre les adolescentes de la tranche d'âge inférieure, qui

▼ Centre de santé convivial pour jeunes au Guatemala.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



sont essentiellement ignorées des décideurs et des programmes de développement de par le monde. Il est d'une nécessité urgente de mieux appréhender les difficultés auxquelles font face les filles de 10 à 14 ans et la prévention de la grossesse et l'appui aux jeunes mères de ce groupe d'âge doivent figurer aux premières places des programmes des États, des institutions et de la société civile dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive et des droits en matière de procréation. C'est dans ce groupe que les besoins sont les plus grands et que les obstacles ont été, jusqu'à présent, insurmontables.

1 Atteindre les filles de 10 à 14 ans

Intervenir tôt pour instaurer des mesures de prévention

Les décideurs politiques négligent souvent les besoins, les vulnérabilités et les difficultés des très jeunes adolescentes, celles de 10 à 14 ans. Mais des interventions situées à ce stade essentiel de leur développement, caractérisé par les immenses changements physiques, intellectuels et sociaux qui surviennent lors de la puberté, sont nécessaires pour assurer aux filles une transition saine et sans danger de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte.

Les pouvoirs publics, les collectivités et la société civile devraient saisir les occasions qui se présentent au cours de cette période formative pour commencer à jeter les fondations sur lesquelles reposeront la santé sexuelle et reproductive des adolescentes, le respect de leurs droits en matière de procréation et la jouissance de tous leurs droits fondamentaux dans le long terme. Des interventions préventives mises en œuvre stratégiquement, selon un calendrier judicieux et comprenant une éducation sexuelle complète adaptée à l'âge et des mesures qui permettent aux filles d'être scolarisées et de le rester, permettent d'obtenir des résultats positifs avant que les circonstances ne viennent définir le parcours de vie des jeunes adolescentes.

« Mon oncle a couché avec moi. Je ne vais plus à l'école. On n'y accepte pas les filles qui tombent enceintes. »

Affoué, 13 ans - Côte d'Ivoire

Donner de la visibilité aux filles traditionnellement ignorées des décideurs

L'élaboration de bonnes politiques dans ce domaine est entravée par le manque aigu de données et d'informations contextuelles sur les très jeunes adolescentes. Chercheurs et décideurs devraient unir leurs efforts pour combler ce manque afin de veiller à ce que les très jeunes adolescentes ne soient pas oubliées ou exclues des services et à ce que leurs droits soient protégés.

Les recensements de population et les enquêtes nationales auprès des ménages devraient comprendre une série de questions fondamentales sur les adolescentes de 10 à 14 ans pour déterminer si les parents biologiques de celles-ci sont en vie et présents au foyer, si les adolescentes sont mariées et déjà mères, quel est leur niveau d'éducation et si elles sont encore scolarisées, et si elles exercent des activités professionnelles hors de chez elles. Une fois que l'on disposera de ces données, il s'agira de les rendre facilement accessibles et de les analyser séparément des données sur les adolescentes de la tranche d'âge supérieure.

Il s'agira également de réunir les données sur les adolescentes des deux tranches d'âge pour repérer et mettre en évidence le parcours qui mène de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte. Une telle analyse révèle que certains moments décisifs dans l'existence des filles sont précédés par des fenêtres où l'investissement est déterminant. Présentées aux parties prenantes, ces données et ces analyses

peuvent éclairer les priorités en matière de politiques et de programmes, assurer une allocation judicieusement pondérée des ressources, influencer sur la conception des programmes et même servir d'instrument de plaidoyer de niveau communautaire pour faire en sorte que les adolescentes, les plus jeunes comme les plus âgées, se voient attribuer ce à quoi elles ont droit.

Les besoins et les apports des programmes devraient être également répartis, grâce à un recueil de données de suivi simples mais de qualité, pour que les initiatives atteignent les adolescentes de 10 à 14 ans les plus à risque d'abandon scolaire, de mariage d'enfants, de violence et de contrainte sexuelles et de grossesses précoces ou non désirées et pour que les intéressées bénéficient des mesures et des moyens appropriés.

Les recherches sur ce que doivent (et désirent) savoir les adolescents des deux sexes et des deux groupes d'âge au regard de leur stade de développement et du contexte culturel qui est le leur permettraient de déterminer « l'appropriation par rapport à l'âge » et le contenu des interventions à mettre en œuvre dans différentes communautés (World Health Organization, 2011b).

« Nous nous aimions; nous pensions que c'était pour la vie; nous voulions un enfant. [...] Quand nous avons su que j'étais enceinte, nous avons pris peur [...]; vous vous trouvez devant le grand inconnu [...]. J'ai arrêté mes études. [...] Je nourrissais mon enfant et je regardais mes camarades de classe par la fenêtre sans pouvoir m'empêcher de penser que je pourrais, moi aussi, être en classe. »

Dunia, 34 ans, enceinte à 17 ans - Costa Rica

2 Investir stratégiquement dans l'éducation des adolescentes

Les constats préliminaires issus d'une nouvelle enquête sur les progrès des pays dans la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD indiquent que les taux d'alphabétisation élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans sont associés à des taux de natalité notablement inférieurs dans ce groupe d'âge (UNFPA, 2013e). L'éducation de tous les enfants est un droit en soi et elle accroît leur capacité de participer à la vie sociale, économique et politique de la communauté. Les filles qui sont scolarisées, le restent, et acquièrent des connaissances, en particulier durant l'adolescence, sont plus susceptibles d'éviter le mariage d'enfants et de retarder la maternité. Sur les 176 pays et les sept territoires interrogés, 82 % ont indiqué leur volonté d'offrir aux filles un accès à l'éducation à tous les niveaux sur un pied d'égalité avec les garçons et environ 81 % se sont déclarés déterminés à veiller à ce que les adolescentes poursuivent des études secondaires. Toutefois, malgré cette volonté généralisée, il est impératif d'en faire bien plus pour atteindre toutes les filles. L'enquête a également permis de constater que les taux de natalité des adolescentes sont plus bas dans les groupes de revenu supérieur mais quel que soit le niveau de revenu, une alphabétisation supérieure des jeunes femmes est associée à des taux de natalité des adolescentes notablement inférieurs. L'investissement dans l'éducation des filles est également associé à une autonomisation générale des filles, relève leur statut au sein de la communauté, améliore leur santé et accroît leur pouvoir de négociation au sein du ménage.

Au nombre des mesures spécifiques visant à faciliter la scolarisation des filles et à prolonger leur durée de scolarité figurent : les dispenses de frais de scolarité; la fourniture gratuite d'uniformes, de manuels et de fournitures scolaires; les repas gratuits; l'octroi de bourses d'étude aux filles de familles à bas revenu; les transferts de fonds conditionnels pour que les parents envoient les filles à l'école et les y maintiennent et que pour celles-ci obtiennent de meilleurs résultats

scolaires; le recrutement et le maintien d'enseignantes; et l'instauration d'un environnement sans danger pour les filles dans les établissements d'enseignement et entre ces établissements et leur domicile. La qualité de l'enseignement et la façon dont les filles sont traitées par leurs camarades de classe, les enseignants et le personnel sont également des déterminants importants de la poursuite des études des filles; la sensibilisation des parents et des familles aux avantages à long terme de l'éducation des filles peut aussi contribuer à ce résultat.

Dans de nombreux pays, les établissements d'enseignement renvoient les filles qui tombent enceintes et ne les autorisent pas à reprendre leurs études après qu'elles ont mis leur enfant au monde, ce qui hypothèque gravement leur avenir et les prive de l'un des droits fondamentaux de la personne. L'enquête mondiale sur la mise en œuvre de la CIPD a constaté qu'environ 40 % des pays étaient déterminés à faciliter l'achèvement des études pour les filles enceintes. Cela comporte l'élaboration, l'adoption et l'application de politiques autorisant les adolescentes à reprendre leurs études après la grossesse ou la naissance de l'enfant, l'apport de services de garde d'enfants, d'appuis financiers et de conseils aux jeunes mères, ou l'offre d'options d'éducation de substitution et de formation pratique aux adolescentes qui ne reviennent pas dans le système général d'éducation. De telles stratégies réduisent également le nombre des deuxièmes grossesses et améliorent les perspectives de la jeune mère et de son enfant.

3 Adopter des approches axées sur les droits fondamentaux et se conformer aux obligations internationales

Les interventions axées sur le respect des droits de la personne peuvent éliminer les obstacles qui s'opposent à l'exercice des droits de filles à l'éducation, à la santé et à une vie exempte de violence, de discrimination et de pauvreté. Ces approches peuvent

aider les autorités gouvernementales à s'attaquer à un grand nombre des causes sous-jacentes de la grossesse chez l'adolescente, notamment l'inégalité chronique entre les deux sexes, les disparités en matière d'accès aux services et d'opportunités, et le mariage d'enfants. Elles peuvent également transformer les contraintes sociales et économiques adverses ayant une incidence sur les adolescentes et en faire des forces puissantes qui seront favorables au développement, à la santé, à l'autonomie, au bien-être et à l'habilitation de celles-ci.

En adoptant de telles approches, les États s'acquittent également des obligations qu'ils ont assumées en vertu d'instruments de protection des droits fondamentaux tels que la Convention relative aux droits de l'enfant et la Déclaration universelle des droits de l'homme. Les États sont ainsi responsables devant leurs ressortissants, titulaires des droits, et tenus de veiller à ce que les lois nationales leur permettent d'exercer tous leurs droits fondamentaux; ils doivent également se conformer aux normes relatives aux droits de la personne, et notamment mais sans s'y limiter, reconnaître « le développement des capacités » des enfants et en tenir compte pour assurer l'accès de ceux-ci à l'information et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive. Les adolescents eux-mêmes devraient participer à l'élaboration et au suivi des lois et des politiques qui ont des répercussions sur leur santé sexuelle et reproductive.

Les mécanismes de signalement, d'investigation et de dépôt de plaintes relatives aux violations des droits en matière de procréation sont de peu d'utilité si les adolescentes ne sont pas en mesure d'y accéder ou n'en connaissent même pas l'existence. Il est donc essentiel de mettre en place des systèmes de responsabilité efficaces et sensibles aux besoins et de communiquer à toutes les parties prenantes des informations à ce sujet. En outre, le recueil et l'analyse de données désagrégées par âge et par niveau de revenu concernant les grossesses chez les adolescentes peuvent contribuer à ce que les lois et les politiques répondent de manière appropriée aux besoins et à la demande non satisfaite de services de

tous les segments de la population, et notamment des adolescentes marginalisées. Les données sont très rares pour les filles de 10 à 14 ans, mais elles sont d'une importance toute particulière car elles peuvent apporter des éclaircissements sur les besoins, les vulnérabilités et les difficultés spécifiques de ce groupe souvent oublié.

Lors de la CIPD, les pays du monde entier ont reconnu les besoins spéciaux des adolescents et des jeunes et les difficultés particulières auxquels ceux-ci se heurtent pour accéder à l'information et aux services de qualité en matière de santé reproductive, et ils ont convenu d'éliminer les obstacles réglementaires, juridiques et sociaux limitant l'accès des adolescents aux services. Les pays participants ont également convenu que les services de santé doivent protéger les droits des adolescents à la vie privée et à la confidentialité, en appliquant la norme du développement des capacités pour les prises de décisions autonomes.

4 Assurer l'accès des adolescentes à l'éducation sexuelle complète et aux services de santé maternelle

Élargir l'accès à l'éducation sexuelle complète

L'éducation sexuelle complète appropriée à l'âge apporte aux adolescents des informations vitales sur la prévention de la grossesse et des infections sexuellement transmissibles, y inclus par le VIH, et peut promouvoir l'égalité des sexes. L'enquête mondiale sur la CIPD révèle qu'environ 76 % des pays sont déterminés à assurer une éducation sexuelle adaptée à l'âge, qu'environ 70 % entendent réviser les programmes d'enseignement pour les rendre plus égalitaires envers les filles et les femmes et que 69 % fournissent des appuis à la formation des jeunes à la vie active dans le cadre de l'éducation formelle. Un accroissement de l'accès à l'éducation sexuelle complète adaptée à l'âge de manière à atteindre les garçons, les filles et les adolescents des deux sexes qu'ils soient scolarisés ou non, y inclus ceux et celles des populations autochtones et des minorités ethniques, contribuerait à améliorer la

santé des jeunes, à promouvoir des relations équitables entre les deux sexes, à prévenir la grossesse et, en conséquence, aiderait les filles à rester scolarisées et à réaliser leur plein potentiel.

Renforcer les aspects des programmes d'enseignement liés à l'égalité des sexes et aux droits

Les recherches indiquent que les programmes d'éducation sexuelle complète qui ont le plus grand impact sur la réduction du nombre de grossesses chez l'adolescente et d'infections sexuellement transmissibles sont ceux qui tiennent compte des questions de genre et de pouvoir (Haberland and Rogow, 2013). Les études montrent que les jeunes qui croient en l'égalité des sexes sont en meilleure santé sexuelle que leurs homologues (International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 2011).

Il faut donc que l'éducation sexuelle complète aborde donc avec sérieux les questions relatives au genre et aux droits. Les jeunes qui, comparés à leurs pairs, adoptent des attitudes égalitaires sur les rôles attribués aux deux sexes sont plus susceptibles de retarder le début de l'activité sexuelle, d'employer le préservatif et de pratiquer la contraception; ils ont également des taux inférieurs d'infections sexuellement transmissibles et de grossesse non désirée (Dupas, 2011).

En outre, l'éducation sexuelle est généralement d'une efficacité supérieure pour protéger la santé des adolescentes et prévenir la grossesse lorsqu'elle est adaptée à l'âge, complète et sensible aux spécificités, lorsqu'elle repose sur des bases factuelles et sur les valeurs et les droits fondamentaux, lorsqu'elle promeut l'acquisition de connaissances, la pensée critique et l'engagement civique, et lorsqu'elle est appropriée du point de vue culturel.

Le tableau général reste toutefois préoccupant lorsque l'on se tourne vers les adolescentes marginalisées, notamment celles qui vivent dans l'extrême pauvreté, et les adolescentes mariées. Très peu de programmes les atteignent, en particulier lorsqu'elles ne sont pas scolarisées. Il est donc essentiel d'élaborer des programmes extrascolaires.



©Mark Tuschman/Packard Foundation

Assurer, renforcer et accroître l'accès à des services de santé adaptés aux adolescents

Les filles ont besoin de soutiens de différentes formes, de programmes et de services, notamment de services de santé. Toutefois, dans de nombreuses régions, les services adaptés spécifiquement aux besoins des adolescentes sont limités, bien que 78 % des pays ayant participé à l'enquête aient indiqué leur volonté d'accroître l'accès aux services complets de santé sexuelle et reproductive pour les adolescentes, mariées ou non (UNFPA, 2013e). Même lorsque des services conviviaux sont disponibles, les adolescentes risquent de ne pas y avoir accès en raison des lieux où ils sont dispensés ou des heures d'ouverture, du coût ou de la stigmatisation à laquelle elles sont exposées dans leur communauté. De plus, les adolescentes ne recourent pas à ces services si les prestataires de soins se comportent avec peu d'égards pour elles.

Les responsables des politiques qui souhaitent accroître l'accès des adolescent(e)s aux services

et l'utilisation de ces services doivent veiller à ce que les prestataires aient été formés au travail avec les jeunes, respectent la confidentialité et fournissent des informations complètes, exactes et à base factuelle. Les services conviviaux pour les adolescent(e)s doivent également offrir des services de contraception à moindre coût ou gratuits, notamment des préservatifs masculins et féminins, des contraceptifs d'urgence et toute la gamme des méthodes de contraception modernes, y inclus les méthodes réversibles à action prolongée, compte tenu des préférences et des besoins des adolescent(e)s.

L'amélioration des prestations de services doit être doublée d'une forte mobilisation communautaire et d'activités de diffusion spécifiques pour que les jeunes sachent quels sont les services disponibles et où ils peuvent les trouver. Les systèmes de bons peuvent aider les adolescents défavorisés à accéder aux services qu'ils n'utiliseraient pas en raison de leur coût. Une diffusion

communautaire est également nécessaire pour sensibiliser le public, obtenir son appui en faveur des services destinés aux adolescents et réduire la stigmatisation souvent associée à la demande de contraception ou à l'activité sexuelle avant un certain âge ou hors du mariage.

Un fait d'une importance primordiale est que l'on ne saurait envisager des programmes de type taille unique, étant donné la diversité des besoins et des réalités de l'existence des jeunes. Certains peuvent préférer accéder aux services par l'intermédiaire d'établissements de santé alors que d'autres préfèrent les trouver auprès des établissements scolaires ou des pharmacies ou d'autres sources dans la communauté. Il est indispensable, quelle que soit l'option retenue, de respecter des normes communes de haute qualité et de stricte confidentialité, tout en visant à mettre en œuvre et à surveiller en permanence un ensemble de services essentiels pour les adolescents qui soit intégré aux services de santé existants de manière à promouvoir la durabilité des services.

En outre, des efforts particuliers sont nécessaires pour repérer et cibler les adolescentes les plus vulnérables et les plus à risque de grossesse précoce et de problèmes de santé sexuelle et reproductive. Étant donné l'ampleur du besoin non satisfait de contraception chez les filles mariées par comparaison aux autres groupes d'âge, leur ciblage dans le contexte des initiatives existantes de planification familiale et de contraception ferait beaucoup pour leur permettre d'exercer leurs droits, pour obtenir des résultats meilleurs et plus équitables dans le domaine de la santé et pour accroître l'efficacité des systèmes.

Lorsque les services de santé sont de bonne qualité, d'un coût abordable, adaptés aux spécificités de la situation des adolescents, soutenus par la communauté, des activités de diffusion et des mécanismes de référence novateurs, les jeunes y ont recours.

Il y a lieu par ailleurs et en parallèle de prendre des mesures pour modifier les attitudes masculines concernant la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et leurs droits en matière de

procréation. Dans de nombreux cas, les partenaires masculins limitent l'accès des adolescentes aux services ou refusent d'employer des moyens de contraception, et dans d'autres cas aussi, c'est l'accès des partenaires masculins aux services de santé reproductive qui est limité, ce qui renforce l'opinion que la santé reproductive relève de la seule responsabilité des femmes.

La Stratégie de l'UNFPA pour les adolescents et les jeunes accorde une place prioritaire aux actions visant à améliorer la qualité des services de santé sexuelle et reproductive, y inclus pour la prévention des infections par le VIH, pour ce groupe d'âge. Les mesures préconisées comprennent des efforts de plaidoyer pour lever les obstacles juridiques et politiques qui s'opposent à l'accès aux services de santé, des activités en partenariat avec les pouvoirs publics, la société civile et les jeunes pour élaborer et développer des programmes nationaux dispensant aux jeunes des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, et des actions de renforcement du leadership et de la place des jeunes dans ces processus.

Accroître l'accès des adolescentes aux soins prénatals, aux accoucheurs qualifiés et aux services de post-avortement

La même stigmatisation et les mêmes obstacles économiques, géographiques et sociaux qui s'opposent à ce que les adolescentes accèdent à la contraception empêchent également celles-ci d'accéder aux services qui peuvent protéger leur santé et celle de leur nouveau-né.

La disponibilité de soins prénatals, pendant l'accouchement et postnatal qui soient accessibles, équitables et d'un coût abordable peut atténuer les risques pour la santé des adolescentes et de leurs enfants. Les prestataires de services devraient donc accroître le nombre et l'action des agents de santé ayant reçu une formation spécialisée pour dispenser de tels soins aux adolescentes. L'accès aux soins obstétricaux d'urgence est d'une importance toute particulière car ces soins contribuent à prévenir les décès et la morbidité maternelles, et notamment la fistule obstétricale.

Ce ne sont pas moins de 3,2 millions d'adolescentes de 15 à 19 ans qui subissent un avortement dangereux chaque année dans le monde en développement (Shah and Ahman, 2012). De tels avortements s'accompagnent de risques considérables de lésions, de maladies et de décès maternel. Il faudrait donc veiller à ce que les adolescentes disposent de services de post-avortement. Lorsque l'avortement est autorisé par la loi, il devrait être sans danger et facilement accessible. L'accroissement de l'accès à la contraception pour les adolescents peut contribuer à prévenir non seulement les avortements mais aussi les lésions et les décès dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement (UNFPA, 2012a).

Les adolescentes qui mettent un enfant au monde sont exposées à un risque élevé de seconde grossesse survenant très tôt après la première. Les prestataires de services pourraient donc les aider à prévenir ou à espacer la seconde grossesse en proposant des moyens de contraception aux adolescentes qui ont eu un enfant ou qui ont subi un avortement. L'accroissement de l'accès aux méthodes de contraception réversibles à action prolongée peut contribuer à prévenir les secondes grossesses non désirées.

5 Prévenir le mariage d'enfants et la violence et la contrainte sexuelle

Adopter et appliquer des lois interdisant le mariage d'enfants et attaquant les causes du problème

Depuis la CIPD de 1994, 158 pays ont adopté des lois qui portent l'âge du mariage à 18 ans, mais ces lois ne peuvent avoir d'effets concrets qu'à condition qu'elles soient appliquées. On estime aujourd'hui de par le monde à 67 millions le nombre de filles qui se sont mariées avant leur 18e anniversaire (UNFPA, 2013e). Dans les pays en développement, la grande majorité des grossesses d'adolescentes survient chez des adolescentes mariées. L'élimination du mariage d'enfants protégerait d'une part les droits des filles mais elle ferait

« J'ai voulu avorter, mais ils m'ont demandé 15 000 dirhams [environ 1 800 dollars] et je ne les avais pas. [...] J'ai demandé de l'aide à mes parents, mais en vain. Quand ma grossesse a commencé à être visible, ils m'ont mise à la rue et il était trop tard pour que j'y fasse quoi ce soit. »
Une adolescente, 18 ans - Maroc

également beaucoup pour réduire la prévalence de la grossesse chez l'adolescente.

L'objectif visé est la zéro tolérance pour le mariage d'enfants. Toutefois, avant que cette aspiration ne devienne une réalité, des millions de filles seront mariées et mères dans leur enfance. Ces filles occupent une place difficile et négligée dans la société et les programmes de protection sociale ne leur accordent, au mieux, qu'une attention minimale. Alors qu'elles sont encore des enfants, du point de vue de leur développement, au niveau biologique, physique, psychologique et affectif, leur état marital les arrache au statut d'enfant et fait d'elles des adultes aux yeux de la société. Ni les programmes axés sur les jeunes ni ceux qui ciblent les femmes adultes ne sont susceptibles de tenir compte de la situation spécifique des filles mariées ni des besoins des filles exposées au risque d'un mariage d'enfants, à moins de le faire de manière planifiée et délibérée.

L'adoption de lois interdisant le mariage d'enfants est une bonne première étape. Mais il faut aussi qu'elles soient appliquées et que les communautés y apportent leur soutien. Les efforts d'élimination du mariage d'enfants doivent mettre en œuvre un ensemble d'interventions combinées plurisectorielles et à de multiples niveaux, tout



© Mark Tuschman/Global Fund for Women

particulièrement au niveau communautaire, pour modifier les normes sociales néfastes et autonomiser les filles. Le calendrier d'intervention est d'une importance clé ; les actions, en particulier celles visant la scolarisation et le développement de ressources pour les filles, doivent cibler les jeunes adolescentes (de 10 à 14 ans), avant la puberté ou au moment de la puberté, afin de parer aux pressions qui poussent les filles au mariage et à la maternité dans un but de sécurité économique et sociale. De tels programmes ont permis d'obtenir des résultats visibles et concrets au niveau communautaire, même dans de brefs délais.

Plus spécifiquement, les pouvoirs publics, la société civile, les dirigeants communautaires et les familles qui souhaitent vraiment mettre fin au mariage d'enfants devraient envisager :

- D'aider les filles à faire des études et à acquérir des aptitudes qui leur permettront de trouver des moyens d'existence, de mieux communiquer, de négocier et de prendre des décisions sur les questions qui ont des effets directs sur leur existence;
- De lancer des programmes à l'intention des dirigeants communautaires, des dirigeants religieux et des parents pour accroître leur soutien en faveur des droits et de l'éducation des filles, d'un mariage plus tardif et de la modification des normes et pratiques néfastes;
- D'appuyer les programmes qui offrent aux filles d'autres options que le mariage d'enfants, notamment par la mise en place d'espaces sûrs pour les filles, pour les autonomiser, les aider à échapper à l'isolement social et à interagir avec leurs homologues et avec des mentors, leur permettre d'acquérir des aptitudes essentielles à la vie pratique, et les autoriser à envisager un parcours de vie autre que celui du mariage d'enfants et de la maternité précoce;
- D'offrir des transferts monétaires conditionnels pour encourager les filles à poursuivre leurs études et des transferts sans conditions pour prévenir le mariage d'enfants et la grossesse;
- De fournir des informations sur les options dans l'existence et sur l'élaboration de plans de vie et de réseaux de soutien;
- D'adopter et d'appliquer des lois sur l'âge minimum du mariage et d'obtenir le soutien des communautés en faveur de ces lois;
- D'enregistrer toutes les naissances et tous les mariages, pour pouvoir repérer plus facilement

les cas de mariage d'enfants, et d'appliquer les lois en vigueur en matière d'état civil;

- De former le personnel d'application des lois à repérer et à traiter les cas de mariage d'enfants et de tenir les contrevenants responsables de leurs actes.

Protéger les filles de la violence et de la contrainte

On ne connaît pas le nombre de filles qui, de par le monde, tombent enceintes à la suite de violences sexuelles ou de contraintes sexuelles. En outre, les filles enceintes sont à risque de violences sexistes, généralement commises par leur partenaire ou par d'autres hommes de leur connaissance. Dans certains contextes culturels, les auteurs peuvent éviter les sanctions et la honte familiale en épousant leur victime.

Il faut faire davantage, pour mettre fin aux violences sexuelles et aux contraintes sexuelles, qu'adopter et appliquer des lois et que poursuivre les contrevenants, quels qu'ils soient. Il faut également prendre des mesures préventives. Comme pour un grand nombre des déterminants de la grossesse chez l'adolescente, les solutions à long terme doivent être pluridimensionnelles et traiter les problèmes sous-jacents : l'inégalité des sexes, les attitudes négatives des garçons et des hommes envers les filles, les normes qui perpétuent la violence et l'impunité, la pauvreté qui contraint les filles d'employer l'activité sexuelle en tant que stratégie de survie, et la protection insuffisante des droits de la personne.

Mais dans le court terme, les pouvoirs publics et les autres parties prenantes devraient envisager :

- De sensibiliser les garçons ainsi que les filles à la violence sexuelle, à la violence sexiste et à la contrainte sexuelle par des initiatives axées sur les jeunes, notamment par le sport, par des programmes de préparation à la vie active et d'appui des pairs, par l'intervention d'organisations de mentorat, par la prévention de l'infection par le VIH et l'éducation en matière de santé reproductive, et au moyen des réseaux

sociaux et de groupes de discussion pour les garçons et les hommes;

- De modifier les programmes d'éducation sexuelle et de préparation à la vie active pour y inclure plus largement un examen de la violence, de la contrainte, du respect des droits de la personne et des relations saines et respectueuses d'autrui;
- D'entreprendre des actions en milieu scolaire pour corriger les idées fausses et sensibiliser les jeunes aux droits des adolescents et aux questions d'égalité des sexes;
- D'améliorer la réponse des secteurs de la santé et de l'application des lois en améliorant les connaissances et en modifiant les attitudes et les pratiques des prestataires, notamment en accroissant leur aptitude à détecter les cas de violence et à y réagir;
- D'adopter des lois et des politiques pour prévenir la violence sexuelle, offrir aux survivantes des possibilités de réhabilitation et de recours, enquêter sur les faits, poursuivre les contrevenants et les châtier;
- D'ajouter une composante de sensibilisation à la contrainte et à la violence sexuelles aux programmes portant sur l'autonomisation économique des adolescentes ou aux programmes qui interviennent auprès des hommes et des garçons;
- D'appuyer les programmes qui accroissent les ressources des filles défavorisées dans les domaines économique, social et sanitaire afin de réduire leur vulnérabilité à la violence sexuelle ou la nécessité

« En y repensant, [...] je me souviens de nombreux objectifs qui m'intéressaient mais que je n'ai pas pu atteindre. »

Jessica, 39 ans, enceinte dans son adolescence - États-Unis

- de recourir aux relations sexuelles transactionnelles pour subvenir à leurs besoins;
- D'enquêter sur toutes les violences, d'engager systématiquement des poursuites contre leurs auteurs et de leur imposer les sanctions prévues par la loi.

6 Appuyer les programmes à de multiples niveaux

Agir sur toutes les sources de vulnérabilité des filles

Les actions visant à prévenir la grossesse doivent se situer à de multiples niveaux. Les interventions étroitement focalisées ne suffisent pas et les efforts visant à modifier le comportement des filles ne reflètent pas la nature multidimensionnelle du problème. Il faut, pour maintenir les filles sur un parcours de vie sain, sans danger et affirmant leur valeur, des investissements de large portée, stratégiques et ciblés qui tiennent compte des multiples sources de leurs vulnérabilités, lesquelles varient selon l'âge, la catégorie de revenu, le lieu de résidence et de nombreux autres facteurs. Il y faut aussi des efforts délibérés de prise en considération de la diversité des situations et de détermination des

adolescentes exposées aux plus grands risques de grossesse et aux problèmes de santé reproductive. De tels programmes multisectoriels sont nécessaires pour accroître les ressources des filles dans tous les domaines, santé, éducation et moyens d'existence, mais aussi pour relever leur statut chez elles, dans la famille, dans la communauté et dans leurs relations. Ces programmes doivent non seulement couvrir les multiples secteurs concernés mais aussi se situer aux différents niveaux d'influence, depuis l'individu et la communauté jusqu'aux instances nationales. Il faut par ailleurs allouer aux programmes des ressources et un temps considérables, mais s'ils atteignent les filles suffisamment tôt, ils peuvent améliorer notablement les conditions de vie de celles-ci et accroître leurs contributions à leur famille et à leur communauté.

Les décideurs politiques et les responsables de programmes devraient tirer parti des nouvelles possibilités offertes par les initiatives de plus vaste portée mises en œuvre dans d'autres secteurs, en particulier dans ceux de l'éducation, de la santé et de la lutte contre la pauvreté. Une coordination étroite entre ces divers secteurs sera nécessaire pour bénéficier d'effets synergiques renforcés et pour maximiser l'impact de ces initiatives. Le succès des mesures de prévention de la grossesse chez les adolescentes ainsi que l'amélioration des conditions de vie de celles-ci en dépend.

7 Associer les hommes et les garçons aux activités

Adopter des approches sexotransformatrices

De nombreux pays ont adopté des approches sensibles aux sexospécificités en vue de la réalisation de toute une gamme d'objectifs de développement, tels que celui de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Ces approches tiennent compte des réalités et des besoins particuliers des hommes, des femmes, des garçons et des filles, mais ne cherchent pas nécessairement à influencer sur les relations entre les deux sexes ou à les transformer. Il est apparu que les programmes sexotransformateurs, à savoir ceux



©UNFPA/Matthew Cassel

qui remettent en question les normes sociales sous-jacentes qui définissent les perceptions des rôles et des responsabilités des deux sexes, ont un impact supérieur sur les programmes de santé sexuelle et reproductive. En s'attaquant aux causes profondes de l'inégalité des sexes, les approches sexotransformatrices sont plus susceptibles d'obtenir des changements durables dans divers domaines, dont la santé sexuelle et reproductive, y inclus celle des adolescentes. Les initiatives qui n'interviennent pas au niveau des normes sociales risquent de traiter les symptômes de l'inégalité sans rien faire pour agir sur ses causes sous-jacentes (UNFPA, 2013b). Et sans un travail auprès des hommes et des garçons, la discrimination, la violence et l'inégalité sont appelées à perdurer.

Associer les garçons aux efforts avant que leurs attitudes relatives au genre et à la sexualité soient fixées

Il est essentiel de travailler avec les adolescents de sexe masculin pour les équiper des outils dont ils ont besoin pour mener une vie plus conforme aux principes de l'équité du traitement des deux sexes. Il faut présenter aux garçons et aux jeunes hommes des occasions suffisantes et leur apporter des connaissances appropriées pour qu'ils puissent remettre en question les normes, les stéréotypes et les pratiques néfastes en matière de genre. En outre, en leur dispensant une éducation sexuelle complète adaptée à l'âge, qui leur permet de réfléchir aux normes prédominantes relatives à la masculinité et à la féminité, on s'assure de la formation de futures générations d'hommes sensibles à l'équité entre les deux sexes.

Il convient d'associer les garçons à l'élaboration d'approches et d'outils adaptés à l'âge en vue de la promotion de l'égalité des sexes et de la santé sexuelle et reproductive des adolescents ainsi que des droits de ceux-ci en matière de procréation. La communication de messages positifs, indiquant que le changement est possible et que les garçons peuvent influencer non seulement sur leur existence mais aussi sur celle des filles, peut accroître leur participation et leur réceptivité.

Les programmes d'éducation sexuelle complète adaptée à l'âge devraient offrir aux jeunes, et en particulier aux garçons et aux jeunes hommes, des orientations et des occasions de réflexion sur les concepts dominants de la masculinité et les attentes qui y sont attachées, ainsi que leur apprendre à faire preuve d'empathie et encourager chez eux les principes du respect et de l'égalité d'autrui. Les recherches démontrent que les perceptions des garçons relatives à la sexualité et aux relations intimes commencent à se fixer dans l'adolescence et se transmettent souvent à l'âge adulte.

Associer aussi les pères

Les pères jouent un rôle fondamental et aident leurs enfants à opérer la transition de l'adolescence à l'âge adulte; ils peuvent présenter à ceux-ci des modèles de rôle et encourager les garçons à devenir des adultes sensibles à l'égalité des sexes et aux sexes spécifiques.

8 Préparer le terrain pour appuyer la santé et les droits des adolescentes après 2015

Dans le programme de développement de l'après-2015, appuyer l'élimination du mariage d'enfants et l'autonomisation et la santé sexuelle et reproductive des adolescentes

Il reste un peu plus de deux ans avant d'atteindre la date butoir de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés par les Nations Unies.

Les pouvoirs publics, les organisations de la société civile, les Nations Unies et les autres parties prenantes principales formulent déjà un programme de développement durable qui fera suite aux efforts axés sur les OMD et s'appuiera sur les réalisations obtenues. L'équipe spéciale des Nations Unies chargée du programme de développement pour l'après-2015 a d'ores et déjà convenu que le cadre successeur devait reposer sur les principes du respect des droits de la personne, de l'égalité et de la durabilité.

En décembre 2012, l'UNFPA a recommandé que le programme de développement de l'après-2015 reconnaisse l'égalité des sexes, dans le cadre des droits de la personne, et l'intègre dans tous ses objectifs car c'est là une condition essentielle à l'élimination des inégalités et une condition nécessaire à l'accroissement de la durabilité des efforts de développement (UNFPA, 2013f).

Dans les approches du développement fondées sur les droits de la personne, les gens, y inclus les femmes et les jeunes, ne sont pas considérés comme des bénéficiaires passifs recevant des biens, des services ou des produits, mais comme des titulaires de droits; ils doivent en conséquence être autonomisés. En tant qu'agents actifs de leur propre développement, les titulaires de droits contribuent à la durabilité du développement. Ils sont en mesure d'opérer des choix, d'influer sur les processus d'élaboration des politiques et de demander que les autorités gouvernementales leur rendent des comptes.

L'État, principal sujet d'obligations, a de son côté le devoir de respecter, de protéger et de réaliser les droits de la personne, notamment en matière de reproduction. Les approches axées sur les droits de la personne appellent également à l'établissement de systèmes nationaux indépendants de responsabilisation et au renforcement de ces systèmes.

L'UNFPA a également recommandé que le programme de l'après-2015 appuie les droits des jeunes et appelle à des investissements dans une éducation de qualité, des possibilités d'emplois décents, l'acquisition de compétences pratiques efficaces, l'accès à la santé sexuelle et reproductive et à l'éducation sexuelle complète pour renforcer la résilience individuelle des jeunes et créer les conditions dans lesquelles ils auront plus de chances de réaliser leur plein potentiel. Les adolescents et les jeunes, en particulier les filles pauvres vivant en milieu rural et appartenant aux populations autochtones, n'ont pas suffisamment accès aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive qui sont nécessaires pour éviter les grossesses non désirées, les avortements dangereux

et les infections sexuellement transmissibles, y inclus par le VIH. Les besoins non satisfaits de contraception restent élevés et la demande s'accroît. Nombre d'adolescentes sont exposées au mariage d'enfants, aux relations sexuelles forcées et à d'autres pratiques néfastes, telles que la coupure/mutilation génitale féminine et la traite des êtres humains. Ces pratiques sont des violations des droits de la personne; elles ont des effets psychosociaux dommageables et réduisent les possibilités qu'ont les filles de terminer leurs études et d'acquérir des aptitudes qui leur permettront d'obtenir des emplois et de participer pleinement au développement communautaire et national.

En mai 2013, un Groupe de personnalités de haut niveau chargé d'étudier le programme de développement pour l'après-2015, comptant 27 membres nommés par le Secrétaire général, a publié un rapport contenant des recommandations sur les perspectives d'avenir (United Nations, 2013). Le groupe s'est concentré dans son rapport sur les aspects de la croissance économique, de l'égalité sociale et de la durabilité environnementale, en précisant que « de nouveaux objectifs et de nouvelles cibles doivent être définis dans le respect des droits humains universels » et en recommandant que le cadre de l'après-2015 « comporte également un nombre limité d'objectifs et de cibles hautement prioritaires [...] soutenus par des indicateurs mesurables ».

Au nombre des objectifs universels suggérés par le groupe figurent l'autonomisation des filles et des femmes et l'égalité des sexes, l'élimination du mariage d'enfants constituant un indicateur de succès.

Un autre objectif suggéré est la garantie d'une éducation de qualité et d'une formation tout au long de la vie, en veillant à ce que tout enfant, « indépendamment des circonstances », ait accès à l'enseignement secondaire du premier degré. L'objectif de l'instauration des conditions d'une vie en bonne santé s'accompagne d'un indicateur relatif à la santé sexuelle et reproductive universelle et aux droits en matière de procréation.

Par ailleurs, les consultations nationales, régionales et autres qui se déroulent depuis la fin 2012 ont également abouti à des recommandations préconisant l'inclusion de l'autonomisation des femmes, de l'égalité, de la santé sexuelle et reproductive et des droits des adolescents et en particulier des filles, dans le programme de l'après- 2015.

Les autorités gouvernementales qui sont déterminées à autonomiser les adolescent(e)s, à faire respecter leur droit à l'éducation et leur droit à la santé, y inclus à la santé sexuelle et reproductive, facteurs qui ont tous un impact énorme sur la grossesse chez l'adolescente, devraient envisager d'accorder leur appui en faveur des buts et indicateurs suggérés par le Groupe de personnalités de haut niveau chargé d'étudier le programme de développement pour l'après-2015.

Pour l'autonomisation et la réalisation du plein potentiel des adolescentes

Les adolescentes définissent le présent et l'avenir de l'humanité. Selon les possibilités et les choix dont elles disposent durant cette période de la vie, elles peuvent arriver à l'âge adulte en tant que citoyennes autonomisées et actives ou se retrouver négligées, sans voix au chapitre et s'enliser dans la pauvreté.

La grossesse peut, chez l'adolescente, perturber le développement et la santé de celle-ci et l'empêcher de réaliser son plein potentiel et de jouir de ses droits fondamentaux. Elle peut avoir des conséquences qui se répercutent sur le restant de ses jours et sur la génération suivante.

L'expérience issue des programmes efficaces indique la nécessité d'une réorientation transformatrice des interventions, de l'abandon des actions étroitement focalisées ciblant les filles ou la prévention de la grossesse pour adopter des approches à large base qui construisent le capital humain des filles, se concentre sur leur aptitude à prendre des décisions concernant leur existence (y inclus sur les questions de santé sexuelle et reproductive) et offrent aux filles de réelles possibilités de manière à ce que la grossesse ne soit pas perçue comme leur seule destinée. L'adoption de ce nouveau paradigme exige



que l'on agisse sur les circonstances, les conditions, les normes, les valeurs et les forces structurelles qui, d'une part, perpétuent la survenue de grossesses chez les adolescentes et qui, d'autre part, marginalisent les adolescentes enceintes.

Les interventions pouvant réduire la vulnérabilité à la grossesse précoce, particulièrement chez les filles les plus pauvres, les moins éduquées et les plus marginalisées, reposent sur les principes de l'équité, de l'égalité et du respect des droits. Les investissements dans les filles, dans le renforcement de leur capital humain et de leur autonomie, peuvent dégager des gains sociaux et économiques énormes pour les individus, les familles, les communautés et les nations.

Les filles ont besoin d'accéder aux services et aux informations en matière de santé sexuelle et reproductive. Elles ont aussi besoin d'être soustraites aux pressions économiques et sociales qui aboutissent trop souvent à la grossesse, à la pauvreté, aux problèmes de santé et à la non-réalisation du potentiel

▲ *Des paires éducatrices travaillent avec des dispensaires locaux pour atteindre les adolescents et les jeunes éthiopiens et leur fournir des informations et des contraceptifs.*

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global

humain qui en découle. Les filles qui sont tombées enceintes ont besoin d'être soutenues, pas d'être stigmatisées.

L'implication de toutes les parties prenantes, familles, communautés, écoles, prestataires de soins et autres, est essentielle pour instaurer des changements en redéfinissant les normes sociales, les pratiques et les traditions qui perpétuent la grossesse chez l'adolescente et hypothèquent l'avenir de celle-ci. Une coopération de toutes les parties prenantes peut mobiliser la volonté politique d'investir pour habiliter les adolescentes et les autonomiser.

Tout le monde a un rôle à jouer. Les médias et les industries du divertissement peuvent aider en projetant des images positives des adolescentes et des femmes. Les pouvoirs publics peuvent réaffirmer leur volonté d'éliminer le mariage d'enfants et la violence sexiste. Les parents devraient surveiller les messages discriminatoires à l'égard des femmes et des filles qu'ils transmettent à leurs enfants. Les leaders d'opinion, les dirigeants communautaires, les enseignants et les prestataires de soins de santé devraient renforcer les messages qui affirment que tous les enfants sont d'une égale valeur et qu'ils ont tous des droits à la santé, à l'éducation, à la participation et à l'égalité des chances.

Les décideurs politiques doivent associer les filles, ainsi que les garçons, à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des mesures visant à favoriser la prévention de la grossesse chez l'adolescente et à aider celles qui tombent enceintes à gérer leur vie. Il est impératif qu'ils parlent aux filles, qu'ils les écoutent et qu'ils acquièrent une réelle compréhension de leurs besoins, de leurs difficultés et de leurs vulnérabilités. Comme l'ont noté les 179 gouvernements qui ont adopté le Programme d'action de la CIPD en 1994, parmi les programmes conçus pour bénéficier aux jeunes, les plus efficaces sont « ceux qui font appel à la participation active des adolescents dans l'identification de

leurs besoins dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité, et dans la conception de programmes visant à y répondre ».

Il est essentiel d'œuvrer à l'établissement d'une société équitable dans laquelle les filles sont autonomisées, éduquées, en bonne santé et protégées du mariage d'enfants, vivent dans la dignité et la sécurité et sont en mesure de prendre des décisions sur leur avenir et d'exercer leurs droits.

L'UNFPA s'emploie à assurer le respect du droit de chaque fille de grandir sans être exposée à l'inégalité des sexes, à la discrimination, à la violence, au mariage d'enfants et à la grossesse de manière à ce qu'elle effectue dans de bonnes conditions de sécurité et de santé la transition qui la mènera de l'adolescence à l'âge adulte. Il n'est pas tolérable que l'enfance soit dénaturée par la maternité.

« La grossesse est autre chose que de sortir faire la fête et de rentrer chez soi [...]; elle affecte nos études et provoque des conflits familiaux [...]. Avant même de commencer à penser à avoir des relations sexuelles, il faudrait toujours réfléchir aux conséquences [...], à l'avenir. Il est important d'être préparé [...] et de savoir ce qu'on veut; après quoi on peut décider. »

Valeria, 15 ans - Nicaragua

Indicateurs

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus page 100

Indicateurs démographiques page 106

Notes page 109

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2005-2012	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 2006-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2012	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2012	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2012	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2012		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2012	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Afganistan	460	36	90	92	22	16				34	13
Afrique du Sud	300		54	51	60	60	14	90	91	59	65
Albanie	27	99	11	16	69	10	13	98	95	71	68
Algérie	97	95	4	32	61	52		98	97	72	74
Allemagne	7	99	9	4	66	62		100	100		
Angola	450	49	165	156	18			93	78	15	12
Antigua-et-Barbuda		100	67	11				87	85	85	85
Arabie saoudite	24	100	7	12	24			97	97		
Argentine	77	99	68	13	79	70		100	99	80	88
Arménie	30	100	28	21	55	27	14	95	98	85	88
Aruba			36	17				93	96	70	74
Australie ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Autriche	4	99	10	4	70	68					
Azerbaïdjan	43	89	41	47	51	13	15	88	86	87	85
Bahamas	47	99	41	13				94	96	82	88
Bahreïn	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Bangladesh	240	31	133	42	61	52	14			43	51
Barbade	51	100	50	12				90	97	83	95
Belarus	4	100	21	7	73	56					
Belgique	8	99	11	4	70	69	3	99	99	90	87
Belize	53	94	90	15	55	52	16	100	91	64	65
Bénin	350	84	114	108	13	8	27			27	13
Bhoutan	180	58	59	48	66	54	12	89	92	54	62
Bolivie, État plurinational de	190	71	89	52	61	34	20	91	91	70	70
Bosnie-Herzégovine	8	100	17	9	46	12	9	89	91		
Botswana	160	99	51	41	53	51		87	88	57	66
Brésil	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Brunéi Darussalam	24	10	18	5						98	100
Bulgarie	11	99	48	11	69	40	30	99	100	84	82
Burkina Faso	300	67	130	137	16	15	25	66	63	21	17
Burundi	800	60	65	139	22	18	32	91	89	20	17
Cambodge	250	71	48	51	51	35	17	96	95	39	36
Cameroun, République du	690	64	127	115	23	14	24	100	87	44	39
Canada	12	99	14	5	74	72		100	100		
Cap-Vert	79	76	92	20	61	57	17	95	92	60	69
Chili	25	100	54	7	64			93	93	83	87
Chine ²	37	96	6	16	85	84	2				
Chine, Hong Kong SAR ³			3	3	80	75		95	100	72	74

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2005-2012	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 2006-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2012	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2012	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2012	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2012		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2012	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Chine, Macao SAR ^a			3	5				87	88	80	77
Chypre	10	98	4	4				99	99	88	90
Colombie	92	99	85	23	79	73	8	90	90	73	79
Comores	280		95	92	26	19	36	81	75		
Congo, République du	560	94	132	97	45	20	20	95	90		
Congo, République démocratique du ^b	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Corée, République de	16	100	2	4	80	70		99	98	96	95
Corée, République populaire démocratique de	81	100	1	28							
Costa Rica	40	95	67	10	82	80	5				
Côte d'Ivoire	400	59	111	107	18	13	29	67	56		
Croatie	17	100	13	6				95	97	88	94
Cuba	73	100	51	6	74	73	9	98	98	87	87
Curacao				13							
Danemark	12	99	6	4				95	97	88	91
Djibouti	200	78	27	83	18	17		57	51	28	20
Dominique		100	48					96	97	80	89
Égypte	66	79	50	24	60	58	12	99	96		
Équateur	110	89	100	21	73	59	7	99	100	73	75
El Salvador	81	85	65	21	72	66	9	96	96	59	61
Émirats arabes unis	12	100	34	7	28	24		94	98	80	82
Érythrée	240		85	56	8	5	29	40	34	32	25
Espagne	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Estonie	2	99	21	5	63	58		98	97	91	93
États-Unis d'Amérique	21	99	39	7	76	70	8	95	96	89	90
Éthiopie	350	10	79	74	29	27	26	90	84	17	11
Ex-République yougoslave de Macédoine	10	100	20	11				97	99	82	81
Fidji	26	100	31	20				99	99	81	88
Finlande	5	99	8	3				98	98	93	94
France	8	98	12	4	76	74	2	99	99	98	100
Gabon	230		144	65	31	19	28				
Gambie	360	56	104	100	13	9	22	68	71		
Géorgie	67	97	44	22	53	35	12	96	94	84	80
Ghana	350	55	70	78	24	17	36	83	82	48	44
Grèce	3		12	4	76	46		99	99	98	98
Guadalupe			21	6							
Guam			52	11	67	58					
Guatemala	120	51	92	31	43	34	28	99	97	48	44
Guinée	610	46	153	127	6	5	22	90	76	42	27
Guinée-Bissau	790	44	137	156	14	10	6	77	73	11	6
Guinée équatoriale	240		128	143	10	6		59	59		
Guyana	280	87	97	34	43	40	29	81	85	71	81

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2005-2012	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 2006-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2012	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2012	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2012	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2012		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2012	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Guyane française			84	14							
Haïti	350	26	69	67	35	31	37				
Honduras	100	66	108	32	65	56	17	97	98		
Hongrie	21	99	19	6	81	71	7	97	98	92	92
Îles Salomon	93	70	70	47	35	27	11	88	87	44	42
Îles Turques et Caïques			26					77	84	72	69
Îles Vierges américaines			52	11	78	73					
Inde	200	58	76	56	55	48	21	99	99		
Indonésie	220	80	66	31	62	58	11	98	100	74	74
Iran, République islamique d'	21	97	31	22	73	59		99	100	82	80
Iraq	63	89	68	32	53	34	8	94	84	49	39
Irlande	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Islande	5		15	3				99	99	88	89
Israël	7		14	4				97	98	97	100
Italie	4	100	7	3	63	41	12	100	99	94	94
Jamaïque	110	98	72	25	69	66	12	83	81	80	87
Japon	5	100	5	3	54	44		100	100	99	100
Jordanie	63	99	32	20	59	41	13	91	91	83	88
Kazakhstan	51	99	31	30	51	50	12	100	100	90	90
Kenya	360	44	106	77	46	39	26	84	85	52	48
Kirghizistan	71	98	31	42	48	46	12	96	96	81	80
Kiribati		98	39	42	22	18	28			65	72
Koweït	14	99	14	11	52	39		97	100	86	93
La Grenade	24	100	53	12	54	52		96	99	84	84
Lesotho	620	62	92	82	47	46	23	74	76	23	37
Lettonie	34	99	15	9	68	56	17	95	96	83	83
Liban	25		18	10	58	34		97	97	72	80
Libéria	770	46	177	85	11	10	36	42	40		
Libye	58	98	4	16	45	26					
Lituanie	8		17	7	63	50	18	94	93	91	91
Luxembourg	20		7	3				94	96	85	88
Madagascar	240	44	147	55	40	28	19	79	80	23	24
Malawi	460	71	157	119	46	42	26	91	98	30	29
Maldives	60	95	19	13	35	27	29	94	95	46	52
Malaisie	29	99	14	5	49	32		96	96	66	71
Mali	540	49	190	165	8	6	28	72	63	36	25
Malte	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Maroc	100	74	18	32	67	57	12	97	98	38	32
Martinique			20	7							
Maurice ⁵	60	100	31	13	76	39	4			74	74
Mauritanie	510	57	88	107	9	8	32	73	77	17	15
Mayotte			106	5							
Mexique	50	95	87	17	71	67	12	99	100	71	74

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2005-2012	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 2006-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2012	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2012	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2012	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2012		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2012	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Micronésie	100	100	52	40							
Moldova, République de	41	100	26	17	68	43	11	91	90	77	78
Mongolie	63	99	20	31	55		22	99	98	74	79
Monténégro	8	100	24	10	39	17		93	94		
Mozambique	490	54	193	116	12	11	19	93	88	18	17
Myanmar	200	71	17	63	46	46	19			49	52
Namibie	200	81	74	42	55	54	21	84	88	44	57
Nepal	170	36	81	44	50	43	28	78	64		
Nouvelle Calédonie			21	15	75	72					
Nouvelle-Zélande	15	96	29	5				99	100	94	95
Nicaragua	95	74	109	20	72	69	11	93	95	43	49
Niger	590	18	199	127	14	12	16	71	60	14	9
Nigéria	630	34	123	122	14	9	19	60	55		
Norvège	7	99	10	3	88	82		99	99	94	94
Oman	32	99	12	9	32	25		98	97	94	94
Ouganda	310	58	159	86	30	26	34	93	95	17	15
Ouzbékistan	28	100	26	53	65	59	14	94	91		
Pakistan	260	45	16	71	27	19	25	79	65	40	29
Palestine ⁷	64		60	23	50	39		90	90	77	85
Panama	92	89	88	18	52	49		98	97	65	71
Papouasie-Nouvelle-Guinée	230	43	70	62	32	24	27				
Paraguay	99	85	63	37	79	70	5	84	84	59	63
Pays-Bas	6		5	4	69	67		100	99	87	88
Pérou	67	85	72	26	69	50	6	97	97	77	78
Philippines	99	62	53	27	49	36	22	88	90	56	67
Pologne	5	100	16	6	73	28		97	97	90	92
Polynésie française			41	8							
Portugal	8		16	3	87	83		99	100	78	86
Puerto Rico			55	8	84	72	4	81	86		
Qatar	7	100	15	8	43	32		95	95	87	96
République arabe syrienne	70	96	75	21	58	43		99	100	68	68
République centrafricaine	890	41	133	150	19	9	19	78	60	18	10
République démocratique populaire lao	470	37	110	45	38	35	27	98	96	43	39
République dominicaine	150	95	98	28	73	70	11	93	91	58	67
République tchèque	5	100	11	3	86	78	4				
République-Unie de Tanzanie	460	49	128	72	34	26	25	98	98		
Réunion			43	5	67	64					
Roumanie	27	99	41	12	70	51	12	88	87	82	83
Royaume-Uni	12		25	5	84	84		100	100	97	100
Russie, Fédération de	34	100	30	12	80	65		95	96		
Rwanda	340	69	41	74	52	44	21	89	92		
Sahara Occidental				46							

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

Pays, territoire ou zone	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2005-2012	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 2006-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2012	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2012	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2012	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2012		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2012	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Saint-Kitts-et-Nevis		100	67					86	89	84	88
Saint-Vincent-et-les Grenadines	48	99	70	21				100	97	84	86
Sainte-Lucie	35	99	49	14				88	88	85	85
Samoa	100	81	29	23	29	27	48	91	96	71	82
San Marino			1					91	93		
Sao-Tomé-et-Principe	70	81	110	63	38	33	38	97	98	30	34
Sénégal	370	65	93	75	13	12	29	77	81	24	19
Serbie ^e	12	100	22	13	61	22	7	95	94	90	91
Seychelles		99	62	10				96	94	92	100
Sierra Leone	890	61	98	187	11	10	27				
Singapour	3	100	6	2	62	55					
Slovaquie	6	100	21	7	80	66					
Slovénie	12	100	5	3	79	63	9	98	98	92	93
Somalie	1000	9	123	131	15	1					
Soudan	730		70	86	9		29	50	42		
Soudan Sur				123	4	1					
Sri Lanka	35	99	24	11	68	53	7	93	93	86	91
Suriname	130	87	66	23	46	45		92	93	52	63
Suède	4		6	3	75	65		100	99	93	93
Suisse	8		4	4	82	78		99	100	83	81
Swaziland	320	82	111	92	65	63	13	84	86	32	38
Tadjikistan	65	88	27	73	28	26		100	96	91	81
Tchad	1100	17	193	155	5	2	28	74	51	16	5
Thaïlande	48	99	47	12	80	78	3	90	89	69	74
Timor-Leste, République démocratique du	300	30	54	49	22	21	32	91	91	37	41
Togo	300	44	89	103	15	13	37			33	16
Tonga	110	99	16	24				94	89	67	80
Trinité-et-Tobago	46	97	33	31	43	38		98	97	65	70
Tunisie	56	95	6	17	63		7	100	99		
Turkménistan	67	100	21	60	62	53	13				
Turquie	20	91	38	18	73	46	6	100	98	81	76
Tuvalu		93	28		31	22	24				
Ukraine	32	99	30	14	67	48	10	92	93	85	85
Uruguay	29	100	60	14	77	75		100	99	68	76
Vanuatu	110	74	92	28	38	37		98	97	46	49
Venezuela, République bolivarienne de	92	98	101	19	70	62	19	95	95	69	77
Viet Nam	59	92	35	20	78	60	4				
Yémen	200	36	80	76	28	19	40	83	70	48	31
Zambie	440	47	151	102	41	27	27	96	98		
Zimbabwe	570	66	115	53	59	57	15				

Suivi des objectifs de la CIPD : indicateurs retenus

**Pays,
territoire
ou zone¹⁶**

	Santé maternelle et néonatale				Santé sexuelle et reproductive			Éducation			
	Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2010	Naissances avec assistance qualifiée, en %, 2005-2012	Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 2006-2010	Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes, 2010-2015	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, toute méthode, 1990-2012	Taux de prévalence de la contraception, femmes de 15 à 49 ans, méthode moderne, 1990-2012	Besoin de planification familiale non satisfait, en %, 1988-2012	Taux net de scolarisation dans le primaire, en %, 1999-2012		Taux net de scolarisation dans le secondaire en %, 1999-2012	
								Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Total mondial	210	70	49	52	64	57	12	92	90	64	61
Régions développées⁸	16		24	7	71	62	9	97	97	90	91
Régions en développement⁹	240		53	57	63	57	13	91	89	61	57
Pays les moins avancés¹⁰	430		106	99	38	31	23	83	79	36	30
États arabes¹¹	140	76	76	44	53	44	17	89	83	64	58
Asie et Pacifique¹²	160	69	69	40	68	63	10	95	94	63	60
Europe de l'Est et Asie centrale¹³	32	98	98	26	67	53	11	94	94	86	85
Amérique latine et Caraïbes¹⁴	81	91	91	23	73	67	10	95	96	74	78
Afrique subsaharienne¹⁵	500	48	48	110	28	21	25	80	77	27	21

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

■ Hommes ■ Femmes

Pays, territoire ou zone

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015	Indice synthétique de fécondité, 2010-2015	Population âgée de 10 à 19 ans (en %), 2000	
Afghanistan	30,6	2,4	59	62	5,0	23
Afrique du Sud	52,8	0,8	55	59	2,4	18
Albanie	3,2	0,3	75	81	1,8	19
Algérie	39,2	1,8	69	73	2,8	17
Allemagne	82,7	-0,1	78	83	1,4	10
Angola	21,5	3,1	50	53	5,9	21
Antigua-et-Barbuda	0,1	1,0	73	78	2,1	18
Arabie saoudite	28,8	1,8	74	77	2,7	16
Argentine	41,4	0,9	73	80	2,2	16
Arménie	3,0	0,2	71	78	1,7	15
Aruba	0,1	0,4	73	78	1,7	15
Australie ¹	23,3	1,3	80	85	1,9	13
Autriche	8,5	0,4	78	84	1,5	11
Azerbaïdjan	9,4	1,1	68	74	1,9	17
Bahamas	0,4	1,4	72	78	1,9	16
Bahreïn	1,3	1,7	76	77	2,1	11
Bangladesh	156,6	1,2	70	71	2,2	21
Barbade	0,3	0,5	73	78	1,8	14
Belarus	9,4	-0,5	64	76	1,5	11
Belgique	11,1	0,4	78	83	1,8	11
Belize	0,3	2,4	71	77	2,7	20
Bénin	10,3	2,7	58	61	4,9	21
Bhoutan	0,8	1,6	68	68	2,3	20
Bolivie, État plurinational de	10,7	1,6	65	69	3,3	21
Bosnie-Herzégovine	3,8	-0,1	74	79	1,3	14
Botswana	2,0	0,9	48	47	2,6	22
Brésil	200,4	0,8	70	77	1,8	17
Brunéi Darussalam	0,4	1,4	77	80	2,0	17
Bulgarie	7,2	-0,8	70	77	1,5	10
Burkina Faso	16,9	2,8	55	57	5,6	22
Burundi	10,2	3,2	52	56	6,1	21
Cambodge	15,1	1,7	69	74	2,9	21
Cameroun, République du	22,3	2,5	54	56	4,8	22
Canada	35,2	1,0	79	84	1,7	12
Cap-Vert	0,5	0,8	71	79	2,3	23
Chili	17,6	0,9	77	83	1,8	16
Chine ²	1385,6	0,6	74	77	1,7	14
Chine, Hong Kong SAR ³	7,2	0,7	80	86	1,1	11
Chine, Macao SAR ⁴	0,6	1,8	78	83	1,1	11
Chypre	1,1	1,1	78	82	1,5	13
Colombie	48,3	1,3	70	78	2,3	18
Comores	0,7	2,4	59	62	4,7	20
Congo, République démocratique du	4,4	2,6	57	60	5,0	20
Congo, République du	67,5	2,7	48	52	6,0	22

Pays, territoire ou zone

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015	Indice synthétique de fécondité, 2010-2015	Population âgée de 10 à 19 ans (en %), 2000	
Corée, République de	49,3	0,5	78	85	1,3	13
Corée, République populaire démocratique de	24,9	0,5	66	73	2,0	16
Costa Rica	4,9	1,4	78	82	1,8	17
Côte d'Ivoire	20,3	2,3	50	51	4,9	22
Croatie	4,3	-0,4	74	80	1,5	11
Cuba	11,3	-0,1	77	81	1,5	13
Curacao	0,2	2,2	74	80	1,9	14
Danemark	5,6	0,4	77	81	1,9	12
Djibouti	0,9	1,5	60	63	3,4	21
Dominique	0,1	0,4				
Égypte	82,1	1,6	69	73	2,8	19
El Salvador	6,3	0,7	68	77	2,2	23
Équateur	15,7	1,6	74	79	2,6	19
Émirats arabes unis	9,3	2,5	76	78	1,8	10
Érythrée	6,3	3,2	60	65	4,7	20
Espagne	46,9	0,4	79	85	1,5	9
Estonie	1,3	-0,3	69	80	1,6	11
États-Unis d'Amérique	320,1	0,8	76	81	2,0	13
Éthiopie	94,1	2,6	62	65	4,6	23
Ex-République yougoslave de Macédoine	2,1	0,1	73	77	1,4	14
Fidji	0,9	0,7	67	73	2,6	18
Finlande	5,4	0,3	77	84	1,9	12
France	64,3	0,5	78	85	2,0	12
Gabon	1,7	2,4	62	64	4,1	20
Gambie	1,8	3,2	57	60	5,8	21
Géorgie	4,3	-0,4	70	78	1,8	13
Ghana	25,9	2,1	60	62	3,9	21
Grèce	11,1	0,0	78	83	1,5	10
Guadelupe	0,5	0,5	77	84	2,1	15
Guam	0,2	1,3	76	81	2,4	18
Guatemala	15,5	2,5	68	75	3,8	22
Guinée	11,7	2,5	55	57	5,0	21
Guinée-Bissau	1,7	2,4	53	56	5,0	21
Guinée équatoriale	0,8	2,8	51	54	4,9	20
Guyana	0,8	0,5	64	69	2,6	20
Guyane française	0,2	2,5	74	81	3,1	18
Haïti	10,3	1,4	61	65	3,2	22
Honduras	8,1	2,0	71	76	3,0	22
Hongrie	10,0	-0,2	70	79	1,4	11
Îles Salomon	0,6	2,1	66	69	4,1	21
Îles Turques et Caïques	0,0	2,1				
Îles Vierges américaines	0,1	0,1	77	83	2,5	14
Inde	1252,1	1,2	65	68	2,5	19
Indonésie	249,9	1,2	69	73	2,3	17

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015		Indice synthétique de fécondité, 2010-2015	Population âgée de 10 à 19 ans (en %), 2000
Iran, République islamique d'	77,4	1,3	72	76	1,9	17
Iraq	33,8	2,9	66	73	4,1	21
Irlande	4,6	1,1	78	83	2,0	12
Islande	0,3	1,1	80	84	2,1	14
Israël	7,7	1,3	80	83	2,9	15
Italie	61,0	0,2	80	85	1,5	9
Jamaïque	2,8	0,5	71	76	2,3	20
Japon	127,1	-0,1	80	87	1,4	9
Jordanie	7,3	3,5	72	76	3,3	18
Kazakhstan	16,4	1,0	61	72	2,4	15
Kenya	44,4	2,7	60	63	4,4	21
Kirghizistan	5,5	1,4	63	72	3,1	20
Kiribati	0,1	1,5	66	72	3,0	21
Koweït	3,4	3,6	73	75	2,6	13
La Grenade	0,1	0,4	70	75	2,2	20
Lesotho	2,1	1,1	49	50	3,1	24
Lettonie	2,1	-0,6	67	77	1,6	11
Liban	4,8	3,0	78	82	1,5	18
Libéria	4,3	2,6	59	61	4,8	21
Libye	6,2	0,9	73	77	2,4	18
Lituanie	3,0	-0,5	66	78	1,5	13
Luxembourg	0,5	1,3	78	83	1,7	12
Madagascar	22,9	2,8	63	66	4,5	22
Malaisie	29,7	1,6	73	77	2,0	19
Malawi	16,4	2,8	55	55	5,4	22
Maldives	0,3	1,9	77	79	2,3	21
Malí	15,3	3,0	55	55	6,9	21
Malte	0,4	0,3	77	82	1,4	12
Maroc	33,0	1,4	69	73	2,8	19
Martinique	0,4	0,2	78	84	1,8	14
Maurice ⁵	1,2	0,4	70	77	1,5	16
Mauritanie	3,9	2,5	60	63	4,7	21
Mayotte	0,2	2,7	76	83	3,8	18
Mexique	122,3	1,2	75	80	2,2	19
Micronésie	0,1	0,2	68	70	3,3	26
Moldova, République de	3,5	-0,8	65	73	1,5	14
Mongolie	2,8	1,5	64	71	2,4	18
Monténégro	0,6	0,0	72	77	1,7	14
Mozambique	25,8	2,5	49	51	5,2	21
Myanmar	53,3	0,8	63	67	2,0	18
Namibie	2,3	1,9	62	67	3,1	23
Népal	27,8	1,2	67	69	2,3	22
Nouvelle Calédonie	0,3	1,3	74	79	2,1	16
Nouvelle-Zélande	4,5	1,0	79	83	2,1	14

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015		Indice synthétique de fécondité, 2010-2015	Population âgée de 10 à 19 ans (en %), 2000
Nicaragua	6,1	1,4	72	78	2,5	22
Niger	17,8	3,9	58	58	7,6	20
Nigéria	173,6	2,8	52	53	6,0	21
Norvège	5,0	1,0	79	84	1,9	13
Oman	3,6	7,9	75	79	2,9	14
Ouganda	37,6	3,3	58	60	5,9	22
Ouzbékistan	28,9	1,4	65	72	2,3	21
Pakistan	182,1	1,7	66	67	3,2	22
Palestine ⁷	4,3	2,5	71	75	4,1	24
Panama	3,9	1,6	75	80	2,5	17
Papouasie-Nouvelle-Guinée	7,3	2,1	60	64	3,8	21
Paraguay	6,8	1,7	70	75	2,9	20
Pays-Bas	16,8	0,3	79	83	1,8	12
Pérou	30,4	1,3	72	77	2,4	19
Philippines	98,4	1,7	65	72	3,1	21
Pologne	38,2	0,0	72	80	1,4	12
Polynesie française	0,3	1,1	74	79	2,1	18
Portugal	10,6	0,0	77	83	1,3	10
Puerto Rico	3,7	-0,2	75	82	1,6	16
Qatar	2,2	5,9	78	79	2,1	6
République arabe syrienne	21,9	0,7	72	78	3,0	21
République centrafricaine	4,6	2,0	48	52	4,4	22
République dominicaine	10,4	1,2	70	77	2,5	19
République populaire démocratique lao	6,8	1,9	67	69	3,0	23
République tchèque	10,7	0,4	75	81	1,6	10
République-Unie de Tanzanie	49,3	3,0	60	63	5,2	21
Réunion	0,9	1,2	76	83	2,2	16
Roumanie	21,7	-0,3	70	77	1,4	11
Royaume-Uni	63,1	0,6	78	82	1,9	12
Russie, Fédération de	142,8	-0,2	62	74	1,5	11
Rwanda	11,8	2,7	62	65	4,6	22
Sahara occidental	0,6	3,2	66	70	2,4	16
Saint-Kitts-et-Nevis	0,1	1,1				
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,1	0,0	70	75	2,0	19
Sainte-Lucie	0,2	0,8	72	77	1,9	18
Samoa	0,2	0,8	70	76	4,2	22
Sao-Tomé-et-Principe	0,2	2,6	64	68	4,1	20
Sénégal	14,1	2,9	62	65	5,0	21
Serbie ⁶	9,5	-0,5	71	77	1,4	13
Seychelles	0,1	0,6	69	78	2,2	15
Sierra Leone	6,1	1,9	45	46	4,7	21
Singapour	5,4	2,0	80	85	1,3	13
Slovaquie	5,5	0,1	71	79	1,4	12
Slovénie	2,1	0,2	76	83	1,5	10

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015		Indice synthétique de fécondité, 2010-2015	Population âgée de 10 à 19 ans (en %), 2000
Somalie	10,5	2,9	53	57	6,6	22
Soudan	38,0	2,1	60	64	4,5	22
Soudan du Sud	11,3	4,0	54	56	5,0	21
Sri Lanka	21,3	0,8	71	77	2,4	15
Suriname	0,5	0,9	68	74	2,3	18
Swaziland	1,2	1,5	50	49	3,4	24
Suède	9,6	0,7	80	84	1,9	12
Suisse	8,1	1,0	80	85	1,5	11
Tadjikistan	8,2	2,4	64	71	3,9	21
Tchad	12,8	3,0	50	52	6,3	22
Thaïlande	67,0	0,3	71	78	1,4	14
Timor-Leste, République démocratique du	1,1	1,7	66	69	5,9	27
Togo	6,8	2,6	56	57	4,7	21
Tonga	0,1	0,4	70	76	3,8	22
Trinité-et-Tobago	1,3	0,3	66	74	1,8	14
Tunisie	11,0	1,1	74	78	2,0	16
Turkménistan	5,2	1,3	61	70	2,3	20
Turquie	74,9	1,2	72	79	2,1	17
Tuvalu	0,0	0,2				
Ukraine	45,2	-0,6	63	74	1,5	11
Uruguay	3,4	0,3	74	80	2,1	15
Vanuatu	0,3	2,2	70	74	3,4	20
Venezuela, République bolivarienne du	30,4	1,5	72	78	2,4	18
Viet Nam	91,7	1,0	71	80	1,8	17
Yemen	24,4	2,3	62	64	4,1	24
Zambie	14,5	3,2	56	59	5,7	22
Zimbabwe	14,1	2,8	59	61	3,5	23

Pays, territoire ou zone¹⁶

Pays, territoire ou zone	Population totale (en millions) 2012	Taux de croissance démographique, en %, 2010-2015	Espérance de vie à la naissance, 2010-2015		Indice synthétique de fécondité, 2010-2015	Population âgée de 10 à 19 ans (en %), 2000
Total mondial	7,2	1,1	68	72	2,5	16,7
Régions développées⁸	1,3	0,3	74	81	1,7	11,5
Régions en développement⁹	5,9	1,3	67	70	2,6	17,9
Pays les moins avancés¹⁰	0,9	2,3	59	62	4,2	21,4
États arabes¹¹	350	1,0	67	71	3,3	20,6
Asie et Pacifique¹²	3 785	1,9	69	72	2,2	17,6
Europe de l'Est et Asie centrale¹³	330	0,1	63	74	21,8	12,9
Amérique latine et Caraïbes¹⁴	612	1,1	71	78	2,2	18,7
Afrique subsaharienne¹⁵	888	2,6	55	57	5,1	23,0

Notes relatives aux indicateurs

- 1 Y compris l'Île Christmas, les Îles Cocos (Keeling) et l'Île Norfolk.
- 2 À des fins statistiques, ne sont pas comprises dans les données pour la Chine celles concernant Hong Kong et Macao, régions administratives spéciales, ni la Province chinoise de Taiwan.
- 3 Hong Kong est devenue une région administrative spéciale (RAS) de la Chine le 1^{er} juillet 1997.
- 4 Macao est devenue une région administrative spéciale (RAS) de la Chine le 20 décembre 1999.
- 5 Y compris Agalega, Rodrigues et Saint Brandon.
- 6 Y compris le Kosovo.
- 7 Le 29 novembre 2012, l'Assemblée générale des Nations Unies a décidé, par sa résolution 67/19 (paragraphe 2), « d'accorder à la Palestine le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies... »; comprend Jérusalem-Est.
- 8 Les régions développées comprennent l'Amérique du Nord, l'Australie/Nouvelle-Zélande, l'Europe et le Japon.
- 9 Les régions en développement comprennent toutes les régions de l'Afrique, l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Asie (Japon exclu) et la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.
- 10 Les pays les moins avancés sont ceux désignés comme tels par les Nations Unies, conformément aux critères de l'Organisation.
- 11 Comprend l'Algérie, l'Arabie saoudite, Bahrein, Djibouti, l'Égypte, les Émirats arabes unis, l'Iraq, la Jordanie, le Koweït, le Liban, la Libye, le Maroc, Oman, la Palestine, Qatar, la République arabe syrienne, la Somalie, le Soudan, la Tunisie, et le Yémen.
- 12 Ne comprend que les pays, territoires ou zones bénéficiaires de programmes de l'UNFPA : Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Cambodge, Chine, Corée (République démocratique populaire de), Fidji, Îles Cook, Îles Salomon, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Kiribati, Malaisie, Maldives, Îles Marshall, Micronésie, Mongolie, Myanmar, Nauru, Népal, Nioué, Pakistan, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République populaire démocratique lao, Samoa, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste, Tokélaou, Tongas, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam.
- 13 Ne comprend que les pays, territoires ou zones bénéficiaires de programmes de l'UNFPA : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Belarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Moldova (République de), Ouzbékistan, Roumanie, Russie (Fédération de), Serbie, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine.
- 14 Ne comprend que les pays, territoires ou zones bénéficiaires de programmes de l'UNFPA : Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Antilles néerlandaises, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, République dominicaine, Équateur, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Îles Caïmanes, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du).
- 15 Ne comprend que les pays, territoires ou zones bénéficiaires de programmes de l'UNFPA : Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe.
- 16 Les agrégats régionaux sont des moyennes pondérées basées sur les pays pour lesquels les données sont disponibles.

Notes techniques :
Sources des données et définitions

Les tableaux statistiques de *L'État de la population mondiale 2013* comprennent des indicateurs conçus pour suivre les progrès de la réalisation des objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans les domaines de la santé maternelle, de l'accès à l'éducation et de la santé sexuelle et reproductive. Ils comprennent également divers indicateurs démographiques.

Les autorités nationales et les organisations internationales peuvent employer différentes méthodes pour recueillir les données, les analyser ou les extrapoler. Pour favoriser la comparabilité internationale des données, l'UNFPA applique les méthodes standard employées par les principales sources de données, notamment la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Dans certains cas, donc, les données figurant dans ces tableaux sont différentes de celles qui proviennent des autorités nationales.

Les moyennes régionales sont calculées d'après les données relatives aux pays et territoires où l'UNFPA est actif et pas d'après les strictes définitions géographiques employées par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Pour la liste des pays inclus dans les catégories régionales voir les « Notes relatives aux indicateurs ».

Suivi des objectifs de la CIPD
Santé maternelle et néonatale

Ratio de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes

Source : World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA and World Bank. 2010. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*: WHO. Cet indicateur présente le nombre de décès de femmes, pour 100 000 naissances vivantes, qui sont imputables aux suites d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un postpartum et aux complications connexes. De 100 à 999, les évaluations

sont arrondies à la tranche de 10 la plus proche; au-delà de 1 000, elles le sont à la tranche de 100 la plus proche. Plusieurs des évaluations diffèrent des chiffres officiels fournis par les gouvernements. Les évaluations se fondent sur les chiffres communiqués, chaque fois que possible, en usant d'approches visant à améliorer la comparabilité des données émanant de sources différentes. Voir la source pour des détails sur l'origine de certaines évaluations nationales. Évaluations et méthodologies sont régulièrement révisées par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, des établissements universitaires et d'autres organismes et elles sont révisées, le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. En raison des changements intervenus dans les méthodes, les évaluations antérieures concernant les niveaux de 1995 et 2000 peuvent n'être pas strictement comparables avec les présentes évaluations. Les évaluations de la mortalité maternelle communiquées ici se fondent sur la base de données mondiale sur la mortalité maternelle, qui est mise à jour tous les cinq ans.

Naissances avec assistance qualifiée, en pourcentage, 2005/2012

Source : WHO global database on maternal health indicators, 2013 update. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/gho>). Cet indicateur est la proportion de naissances bénéficiant de la présence d'un personnel sanitaire qualifié (médecins, infirmières/infirmiers ou sages-femmes) ayant une formation pour dispenser des soins d'obstétrique, à savoir d'assurer notamment la supervision et de fournir les soins et les conseils nécessaires aux femmes durant la grossesse, le travail et le post-partum, d'effectuer des accouchements de son propre chef et de dispenser des soins aux nouveau-nés. Les accoucheuses traditionnelles, même si elles ont suivi une brève formation, ne sont pas incluses.

Taux de natalité chez les adolescentes, pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans, 1991/2010. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012). *2012 Update for the MDG Database*:

Adolescent Birth Rate (POP/DB/Fert/A/MDG2012). Le taux de natalité chez les adolescentes est le nombre annuel de naissances pour 1 000 femmes de 15 à 19 ans. Il représente le risque de procréation chez les femmes de ce groupe d'âge. Pour l'enregistrement civil, les taux sont sujets à certaines limitations qui tiennent à l'exhaustivité de l'enregistrement des naissances, de la comptabilisation des enfants nés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou au cours des premières 24 heures de vie, de la qualité de l'information communiquée concernant l'âge de la mère et de l'inclusion de naissances de périodes antérieures. Les estimations démographiques peuvent souffrir de limitations relatives à des erreurs de déclaration de l'âge et à la couverture. Pour les données des enquêtes et des recensements, le numérateur et le dénominateur proviennent de la même population. Les principales limitations concernent les erreurs de déclaration de l'âge, la non déclaration des naissances, les erreurs de déclaration de la date de naissance de l'enfant et la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.

Taux de mortalité des moins de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes.

Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (Publication des Nations Unies, ST/ESA/SER.A/306). Le taux de mortalité des moins de 5 ans indique la probabilité (exprimée en taux pour 1 000 naissances vivantes) qu'un enfant né au cours d'une année donnée décède entre sa naissance et son cinquième anniversaire s'il est sujet aux taux de mortalité actuels par âge.

Santé sexuelle et reproductive

Taux de prévalence de la contraception. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *2013 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence (POP/DB/CP/A/MDG2012)*. Ces données, qui sont tirées d'enquêtes par sondage, évaluent la proportion de femmes mariées (y compris les femmes vivant en union libre) qui utilisent actuellement soit une méthode quelconque de contraception, soit une méthode moderne. Les méthodes modernes ou cliniques comprennent la stérilisation masculine et féminine, le DIU, la pilule, les injectables, les implants hormonaux, les préservatifs masculins et les méthodes à barrière utilisées par les femmes. Ces chiffres sont comparables en gros, mais pas complètement, d'un pays à l'autre, en raison des différences concernant l'époque à laquelle les enquêtes ont été menées et le détail des questions qui ont été posées. Toutes les données nationales et régionales concernent des femmes âgées de 15 à 49 ans. Les données des enquêtes les plus récentes dont on dispose sont citées; elles vont de 1990 à 2011. Les données mondiales et régionales sont fondées sur des analyses spéciales des données de la Division de la population/DAES des Nations Unies, du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, et de la Division de la population des Nations Unies. Mises à jour de 2012 et 2013 des données sur l'utilisation de la contraception au niveau mondial pour la base de données des OMD (voir <http://www.un.org/en/development/desa/population/>).

Besoin de planification familiale non satisfait. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *2013 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning (POP/DB/CP/B/MDG2012)*. Les femmes ayant un besoin d'espacement des naissances non satisfait sont les femmes fécondes et sexuellement actives mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception et qui indiquent qu'elles souhaitent retarder leur prochaine grossesse. Ceci constitue une sous-catégorie du besoin total de planification familiale non satisfait, qui englobe également le besoin non satisfait de limitation des naissances. Le concept de besoin non satisfait renvoie à l'écart qui existe entre les intentions des femmes en matière de procréation et leur comportement en matière de contraception. Aux fins du suivi des OMD, le besoin non satisfait est exprimé en pourcentage des femmes mariées ou vivant en union libre. Le concept de besoin non satisfait

fait référence à la différence entre les intentions des femmes en matière de procréation et leur comportement en matière de contraception. Pour une analyse plus détaillée, voir aussi *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012*. Guttmacher Institute and UNFPA, 2012 and Alkema L., V. Kantorova, C. Menozzi, and A. Biddlecom, "National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive review". *The Lancet*, 12 March 2013. Les données mondiales et régionales sont fondées sur des analyses spéciales des données de la Division de la population/DAES des Nations Unies, du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, et de la Division de la population des Nations Unies. Mises à jour de 2012 et 2013 des données sur l'utilisation de la contraception au niveau mondial pour la base de données des OMD (voir <http://www.un.org/en/development/desa/population/>).

Éducation

Taux net de scolarisation ajustés (garçons et filles) dans l'enseignement primaire et taux net de scolarisation (garçons et filles) dans l'enseignement secondaire, 1999-2012. Source : Institut de statistique de l'UNESCO, données publiées en mai 2012 (accessible à stats.uis.unesco.org). Les taux nets de scolarisation sont le nombre d'enfants d'âge scolaire officiel pour le niveau d'éducation considéré qui sont inscrits à ce niveau exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants du groupe d'âge scolaire officiel. Le taux net ajusté de scolarisation dans l'enseignement primaire comprend aussi les enfants d'âge scolaire primaire qui sont inscrits dans l'enseignement secondaire. Les données sont celles des estimations disponibles pour les années les plus récentes pour la période 1999-2012.

Indicateurs démographiques, sociaux et économiques

Population totale, 2013. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision. CD-ROM Edition*. Cet indicateur est le nombre estimé de la population nationale au milieu de l'année.

Taux de croissance démographique en pourcentage. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision. CD-ROM Edition*. Le taux de croissance démographique est le taux de croissance exponentielle moyen de la population sur une période donnée. Il est basé sur la variante moyenne des projections.

Espérance de vie à la naissance (hommes et femmes). Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision. CD-ROM Edition*. Cet indicateur est une mesure du niveau de mortalité; il représente le nombre moyen d'années que peut espérer vivre une cohorte hypothétique d'individus qui seraient sujets tout au long de leur vie aux taux de mortalité d'une période donnée. Les données portent sur la période 2010-2015 et l'indicateur est exprimé en années.

Indice synthétique de fécondité. Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision. CD-ROM Edition*. Cette mesure indique le nombre d'enfants qu'une femme aurait pendant qu'elle est en âge d'en avoir, si elle avait le nombre d'enfants correspondant au taux estimé pour les différents groupes d'âge pendant la période spécifiée. Les pays peuvent atteindre le niveau prévu à des moments différents de cette période. Les estimations concernent la période 2010-2015.

Population âgée de 10 à 19 ans (en pourcentage). Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. Cette mesure indique la proportion de la population totale âgée de 10 à 19 ans.

Bibliographie

- Abdella A. et al. 2013. "Meeting the need for safe abortion care in Ethiopia. Results of a national assessment in 2008," *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy, and Practice*. Vol. 8, Issue 4.
- Advocates for Youth. 2001. "Sex Education Programs: Definitions and Point-by-Point Comparison." www.advocatesforyouth.org/publications [accessed 24 July 2013].
- Advocates for Youth. 2007. "Adolescent Maternal Mortality: An Overlooked Crisis." <http://www.advocatesforyouth.org/component/content/article/436-adolescent-maternal-mortality-an-overlooked-crisis> [accessed 2 July 2013].
- Advocates for Youth. 2012. *Science and Success: Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV, and Sexually Transmitted Infections*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.
- AIDSTAR-One. n.d. Helping Each Other Act Responsibly Together (HEART). http://www.aidstar-one.com/promising_practices_database/g3ps/helping_each_other_act_responsibly_together_heart [accessed 24 July 2013].
- Ajuwon, A.J. and W. R. Brieger. 2007. "Evaluation of a school-based reproductive health education programme in rural South Western Nigeria." *African Journal of Reproductive Health*. 11(2): 47-59.
- Andrade, H.H.S.M. et al. 2009. "Changes in Sexual Behavior Following a Sex Education Program in Brazilian Public Schools." *Cadernos de Saude Publica*. 25: 1168-1176.
- Askew, I., J. Chege and C. Njue. 2004. "A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in Western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project." Nairobi: Population Council.
- Baird, S. et al. 2009. "The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behavior of Young Women." Policy Research Working Paper 5089. Washington, DC: World Bank.
- Baird, S. et al. 2011. "Cash or Condition? Evidence from a Cash Transfer Experiment." *The Quarterly Journal of Economics*. 126: 1709-1753.
- Baird, S., R Garfein, C. McIntosh and B. Ozler. 2012. "Effect of cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial." *The Lancet*, 379 (9823): 1320-1329.
- Bandiera, O. et al. 2012. "Empowering Adolescent Girls: Evidence from a Randomized Control Trial in Uganda." <http://econ.lse.ac.uk/staff/rburgess/wp/ELA.pdf>, [accessed 23 July 2013].
- Bankole, A. et al. 2007. "Knowledge of Correct Condom Use and Consistency of Use among Adolescents in Sub-Saharan Africa." *African Journal of Reproductive Health*. 11(3): 197-220.
- Bankole, A. and S. Malarcher, 2010. "Removing Barriers to Adolescents' Access to Contraceptive Information and Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 261-74.
- Barker, D. J. 1995. "Fetal Origins of Coronary Heart Disease." *British Journal of Medicine*. Vol 311 (6998): 171-174.
- Barker, G., et al. 2007. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Geneva: WHO.
- Baumgartner, N. et al. 2009. "The Influence of Early Sexual Debut and Sexual Violence on Adolescent Pregnancy: A Matched Case-Control Study in Jamaica." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 21-28.
- Bertrand J. T. et al. 2006. "Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries." *Health Education Research*. 21(4): 567-597.
- Beta Development Consulting. 2012. *Yafelanet Hiwot Project: Baseline Survey Report for Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health Project in North and South Wollo Zones, Amhara Region*. London: Save the Children.
- Biddlecom, A. et al. 2008. "Associations between premarital sex and leaving school in four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): pp. 337-350.
- Biddlecom, A. et al. 2007. *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*. New York: Guttmacher Institute.
- Blanc, A., K. A. Melnikas and M. Chau. 2013. "A review of the evidence on multi-sectoral interventions to reduce violence against adolescent girls." *Integrated Approaches to Improving the Lives of Adolescent Girls Issue Paper Series*. New York: Population Council.
- Blum, R. W., K. Nelson-Mmari. 2004. "The Health of Young People in a Global Context." *Journal of Adolescent Health* 35(5): 402-418.
- Blum, R. W., and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2013. *A Global Look at Adolescent Pregnancy Prevention: Strategies for Success*. Office of Adolescent Health webcast, May 2, 2013. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Blum, R. W. et al. 2013. "The Global Early Adolescent Study: An Exploration of the Evolving Nature of Gender and Social Relations." Unpublished literature review and research proposal.
- Boonstra, H. 2011. "Advancing Sexuality Education in Developing Countries. Evidence and Implications." *Guttmacher Policy Review*. 14(3).
- Bott, S., A. Guedes, M. Goodwin et al. 2012. *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Brady, M. and A. B. Khan. 2002. *Letting Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*. New York: Population Council.
- Brady, M. et al. 2007. *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt*. New York: Population Council.
- Bruce, J. et al. 2012. *Evidence-Based Approaches to Protecting Adolescent Girls at Risk of HIV*. Washington, D.C.: USAID and PEPFAR.
- Catino, J. et al. 2011. "Equipping Mayan Girls to Improve Their Lives. Promoting Healthy, Safe and Productive Transitions to Adulthood." Brief No. 5. New York: Population Council.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2010. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2012. *Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2013. *ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2008. *The Reproductive Rights of Adolescents: A tool for health and empowerment*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2008a. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2009. *Bringing Rights to Bear, Violence Against Women*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2013. *Abortion Laws and Sexual Violence*. New York: CRR.

- Chaaban, J. and W. Cunningham. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington DC: World Bank.
- Chandra-Mouli, V. et al. 2013. "WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries" (Commentary). *Journal of Adolescent Health*. 52 (2013) 517.
- Chong, E. et al. 2006. *Investing When it Counts: Generating the Evidence Base for Policies and Programmes for Very Young Adolescents*. New York: UNFPA and Population Council.
- Colombini, M. 2011. *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Services for Vulnerable Groups in Eastern Europe and Central Asia*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine and UNFPA.
- Cook, R. J. 1994. *Women's Health and Human Rights: The Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/1994/9241561661_eng.pdf [accessed 15 July 2013].
- Cook R. J., J. N. Erdman, B. M. Dickens. 2007. "Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 92: 182-87.
- Cottingham, J., E. Kismodi et al. 2010. "Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks." *Bulletin of the World Health Organization* 88: 551-555.
- Cowan, F. et al. 2010. "The Regai Dzive Shiri Project: Results of a Randomized Trial of an HIV Prevention Intervention for Zimbabwean Youth." *AIDS*. 24(16): 2541-2552.
- Cunningham, W. et al. 2008. *Youth at risk in Latin America and the Caribbean. Understanding the causes, realizing the potential*. Washington DC: World Bank.
- Dehne, K. and G. Riedner. 2005. *Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services*. Geneva: World Health Organization and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- de Silva-de-Alvis, R. 2008. *Child Marriage and the Law*. Legislative Reform Initiative Paper Series (Working Paper). New York: UNICEF. [http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law\(1\).pdf](http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law(1).pdf), [accessed 15 July 2013].
- Dixon-Mueller, R. 2008. "How Young Is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): December 2008.
- Duflo, E. et al. 2006. *Education and HIV/AIDS Prevention: Evidence from a Randomized Evaluation in Western Kenya*. Background Paper to the 2007 World Development Report. World Bank Policy Research Working Paper 4024. Washington, DC: World Bank.
- Duflo E., P. Dupas, and M. Kremer. 2011. "Education, HIV and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya." Cambridge: Poverty Action Lab. <http://www.povertyactionlab.org/publication/education-hiv-and-early-fertility-experimental-evidence-kenya>.
- Dupas, P. 2011. "Do Teenagers Respond to HIV Risk Information? Evidence from a Field Experiment in Kenya." *American Economic Journal: Applied Economics* 3 (January 2011): 1-34 <http://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/app.3.1.1>.
- Edin, K. and M. Kefalas. 2012. *Promises I Can Keep: Why Poor Women Put Motherhood before Marriage*. Berkeley: University of California Press.
- Erulkar, A. and E. Muthengi. 2009. "Evaluation of Berhane Hewan: A Program to Delay Child Marriage in Rural Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 6-14.
- Erulkar, A. S. 2004. "The Experience of Sexual Coercion Among Young People in Kenya." *International Family Planning Perspectives*. 30(4): 182-189.
- Erulkar, A. 2013. "Early Marriage, Marital Relations and Intimate Partner Violence in Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 39 (1): March 2013.
- Filmer, D., J. Friedman and N. Shady. 2008. "Development, Modernization, and Son Preference in Fertility Decisions." Development Research Group. Washington, DC: The World Bank.
- Garcia-Moreno, C., H. AFM Jansen, M. Ellsberg et al. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.
- Girls Not Brides. 2011. "A message to men and boys from Archbishop Desmond Tutu." <http://www.girlsnotbrides.org/desmond-tutu-a-message-to-men-and-boys-about-child-marriage/> [accessed 1 July 2013].
- Goicolea, I. 2009. "Adolescent Pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: A Rights and Gender Approach to Girls' Sexual and Reproductive Health." Dissertation, Umea University.
- Grant, M. and K. Hallman. 2006. "Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa," Policy Research Division, Population Council, 2006, No. 212.
- Gupta, S., S. Mukherjee, S. Singh, R. Pande and S. Basu. 2008. "Knot Ready: Lessons from India on Delaying Marriage for Girls." Available from: <http://www.icrw.org/files/publications/Knot-Ready-Lessons-from-India-on-Delaying-Marriage-for-Girls.pdf>.
- Gurman, T. A. and C. Underwood. 2008. "Using Media to Address Adolescent Sexual Health: Lessons Learned Abroad" in *Managing the Media Monster. The Influence of Media (from Television to text messages) on Teen Sexual Behavior and Attitude*. Edited by J. D. Brown. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- The Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation. 2013. *Demystifying Data: A guide to using evidence to improve young peoples' sexual health and rights*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.
- The Guttmacher Institute. 2010. "Facts on Unintended Pregnancy and Abortion in Ethiopia." New York: Guttmacher Institute.
- Haberland, N. and D. Rogow. 2013. "Comprehensive Sexuality Education." Background paper for expert group meeting on adolescent sexual and reproductive health, 4-6 February 2013. Manhasset, New York.
- Hainsworth, G. et al. 2009. *From Inception to Large Scale: The Geração Biz Programme*. Geneva: World Health Organization and Pathfinder International.
- Hallman, K. and E. Roca. 2011. "Siyakha Nentsha: Building economic, health and social capabilities among highly vulnerable adolescents in KwaZulu-Natal, South Africa." *Providing Healthy, Safe, and Productive Transitions to Adulthood*. Brief No. 4. New York: Population Council.
- Heise, L., K. Moore and N. Toubia. 1995. *Sexual coercion and reproductive health: A focus on research*. New York: Population Council.
- Heise, L. 2011. *What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview*. World Paper (Version 2.0). London: Department for International Development.
- Hilton, P. and A. Ward. 1998. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in southeast Nigeria. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 9(4): 189-94.

- Human Rights Council. 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Document A/HRC/21/22, 2 July 2012. New York: United Nations.
- Ibrahim, T., A. U. Sadiq and S. O. Daniel. 2000. "Characteristics of VVF patients as seen at the specialist hospital Sokoto, Nigeria". *West African Journal of Medicine*. 19(1): 59-63.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2013. *Emergency Contraceptive Pill Registration Status by Country*. <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/04/EC-Registration-Status-Factsheet-4-25-13.pdf> [accessed 24 July 2013].
- International Planned Parenthood Federation. 2006. *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 2010. *Men-Streaming in Sexual and Reproductive Health and HIV: A Toolkit for Policy Development and Advocacy*. London: International Planned Parenthood Federation.
- International Planned Parenthood Federation. 2011. *Girls Decide: Choices on Sex and Pregnancy*. London: IPPF.
- International Sexual and Reproductive Rights Coalition. 2002. "Children, Youth and Unsafe Abortion." In preparation for the 2002 UN General Assembly Special Session on Children. New York: International Women's Health Coalition.
- International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. 2011. *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*. N. Haberland and D. Rogolo, eds. New York: Population Council.
- Ipas. 2013. *Sexual violence and unwanted pregnancy: Protecting the human rights of adolescent girls and young women*. Chapel Hill: Ipas.
- Jejeebhoy, S., I. Shah and S. Thapa. 2005. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jejeebhoy, S. J. and S. Bott. 2005. "Non-consensual sexual experiences of young people in developing countries: An overview." In S. Jejeebhoy, I. Shah and S. Thapa, eds. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jewkes, R., M. Nduna, J. Levin et al. 2008. "Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: Cluster Randomised Controlled Trial," *British Medical Journal*, 337: a506.
- Kanesathasan, A. et al. 2008. *Catalyzing Change: Improving Youth Sexual and Reproductive Health through DISHA, An Integrated Program in India*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Kavanaugh, M. et al. 2012. "Meeting the Contraceptive Needs of Teens and Young Adults: Youth-Friendly and Long-Acting Reversible Contraceptive Services in US Family Planning Facilities." *Journal of Adolescent Health*. 25(3): 284-292.
- Kavanaugh, M. L. et al. 2012a. "Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents and Young Adults: Patient and Provider Perspectives." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 26(2): 86-95.
- Kelly, J. and B. E. Kwast. 1993. Obstetric vesicovaginal fistulas: evaluation of failed repairs. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 4: 27-273.
- Ketting, E. and A. P. Visser. 1994. "Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained." *Patient Education and Counseling*. 23(3): 161-171.
- Kirby, D. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. Vol. 5, No. 3, pp. 18-27.
- Kirby, D. 2011. "The Impact of Sex Education on the Sexual Behaviour of Young People." Expert Paper 2011/12, Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Kirby, D., et al. 2006. *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Implementation Characteristics*. Scotts Valley, CA: ETR Associates.
- Kost, K. and S. Henshaw. 2013. *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2008: State Trends by Age, Race and Ethnicity*. New York: The Guttmacher Institute.
- Kothari, M. T., S. Wang, S. K. Head, and N. Abderrahim. 2012. *Trends in Adolescent Reproductive and Sexual Behaviors. DHS Comparative Reports No. 29*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Krug, E. G., L. L. Dahlberg, J. A. Mercy et al. 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kruger, D. et al. 2009. "Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile." IZA Discussion Paper No. 4552 SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1506304>. Bonn: IZA.
- Lloyd, C. 2006. *Schooling and Adolescent Behavior in Developing Countries*. New York: Population Council.
- Lloyd, C. B. 2010. "The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries," pp. 113-132, in World Health Organization, *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health. Informing future research and programme implications*, edited by Shawn Malarcher. Geneva: WHO.
- Lloyd, C. and B. S. Mensch. 2008. "Marriage and Childbirth as Factors in Dropping Out from School: An Analysis of DHS Data from Sub-Saharan Africa." *Population Studies* 62 (1): 1-13.
- Lloyd, C. and J. Young. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls*. New York: The Population Council.
- Maddux, J. E., and R. W. Rogers. 1983. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*. 19(5), 469-479.
- Marcus, R. and E. Page. 2013. "Anti-poverty activities in child protection interventions: An adapted systematic review." Draft publication.
- McFarlane, B. et al. 1994. "Abuse During Pregnancy: Effects of Maternal Complications and Birth Weight in Adult and Teenage Women." *Obstetrics and Gynecology*. 84:323-328.
- McQueston, K., R. Silverman, and A. Glassman. 2012. "Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions." Center for Global Development Working Paper 295. Washington, DC: Center for Global Development.
- Mekbib, T. and M. Molla. 2010. "Community based reproductive health (RH) intervention resulted in increasing age at marriage: the case of Berhane Hewan Project, in East Gojam zone, Amhara region, Ethiopia." *Ethiopian Journal of Reproductive Health* 4(1): 16-25.
- Mestad, R. et al. 2011. "Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project." *Contraception* 84(5): 493.
- Mgalla, Z., D. Schapink and J. Ties Boerma. 1998. "Protecting school girls against sexual exploitation: A guardian programme in Mwanza, Tanzania." *Reproductive Health Matters*, 7(12): 19-30.

- Mmari, K. N. and R. J. Magnani. 2003. "Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia." *Journal of Adolescent Health*. 33 (4): 259-270.
- Muleta M., S. Rasmussen, T. Kiserud. 2010. "Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 89(7): 945-51.
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. 2011. "Counting It Up. The Public Costs of Teen Childbearing." 2011. Washington DC.
- Newberger, E. H. et al. 1992. "Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcomes: Current Knowledge and Implications for Practice." *Journal of the American Medical Association*. 267: 2370-2372.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Document A/HRC/21/22. New York: United Nations. http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf [accessed 12 July 2013].
- Organisation for Economic Cooperation and Development. 2010. *Investing in Women and Girls: The breakthrough strategy for achieving all the MDGs*. Paris: OECD.
- Oringanje, C. et al. 2009. "Interventions for Preventing Unintended Pregnancies among Adolescents." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4.
- Panday, S., M. Makiwane, C. Ranchod, and T. Letsoalo. 2009. *Teenage Pregnancy in South Africa - With a Specific Focus on School-Going Learners*. Child, Youth, Family and Social Development, Human Sciences Research Council. Pretoria: Department of Basic Education.
- Pande, R. P. et al. 2006. *Improving the Reproductive Health of Married and Unmarried Youth in India: Evidence of Effectiveness and Costs from Community-Based Interventions*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Parker, C. 2005. *Adolescents and Emergency Contraceptive Pills in Developing Countries*. Family Health International Working Paper Series No. WP05-01. Durham, NC: Family Health International.
- Pathfinder International. 2011. *Prachar: Advancing Young People's Sexual and Reproductive Health and Rights in India*. New Delhi: Pathfinder International.
- Pattman, R. and F. Chege. 2003. "Finding Our Voices: Gendered and Sexual Identities and HIV/AIDS in Education." *Africa: Young Voices Series*, No. 1. Nairobi: UNICEF.
- Patton, George C. et al. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374 (9693): 881-892.
- Peacock, D. and A. Levack. 2004. "The men as partner program in South Africa: Reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health." *International Journal of Men's Health*. 3(3): 173-188.
- Perper K., K. Peterson, J. Manlove. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication 2010-01: Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention.
- Philliber, S. et al. 2002. "Preventing Pregnancy and Improving Health Care Access among Teenagers: An Evaluation of the Children's Aid Society—Carrera Program." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 34(5): 244-251.
- Population Council and UNFPA. 2013. *Good Practices: 2012 Competition, Adolescents & Youth*. www.popcouncil.org/projects/244_CreateOpportunitiesMayan.asp. New York: UNFPA.
- Presler-Marshall, E. and N. Jones. 2012. *Charting the Future: Empowering Girls to Prevent Early Pregnancy*. London: Overseas Development Institute and Save the Children.
- Promondo et al. 2010. *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A global toolkit for action*. New York: UNFPA.
- Pronyk, P. M., R. H. James, C. K. Julia et al. 2006. "Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial." *The Lancet*. 368(9551): 1973-83.
- Remez, L. et al. 2008. *Ensuring a Healthier Tomorrow in Central America: Protecting the Sexual and Reproductive Health of Today's Youth*. New York: Guttmacher Institute.
- Reynolds, H. W. et al. 2006. "Adolescents' Use of Maternal and Child Health Services in Developing Countries." *International Family Planning Perspectives* 32(1): 6-16.
- Rijken, Y. and G. C. Chilopora. "Urogenital and recto-vaginal fistulas in southern Malawi: a report on 407 patients." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 99 Suppl 1: S85-9.
- Rosenstock, J. R. et al. 2012. "Continuation of Reversible Contraception in Teenagers and Young Women." *Obstetrics and Gynecology*. 120(6): 1298-1305.
- Ross, D. A., J. Changalucha, A.I.N. Obasi et al. 2007. "Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: A community-randomized trial." *AIDS* 21: 1943-1955.
- Saavedra, J. and S. Garcia. 2012. "Impacts of Conditional Cash Transfer Programs on Educational Outcomes in Developing Countries: A Meta-analysis." Rand Labor and Population Working Paper. Available from: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2012/RAND_WR921-1.pdf.
- Santelli, J. et al. 2006. "Abstinence and abstinence-only education: a review of US policies and programs." *Journal of Adolescent Health*. 38 (2006): 72-81.
- Save the Children. 2007. *Boys for Change: Moving towards gender equality*. Stockholm: Save the Children.
- Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Save the Children and UNFPA.
- Sedgh, G. et al. 2007. "Induced abortion: rates and trends worldwide." *The Lancet*. 370 (9595): 1338-1345.
- Sedgh, G. et al. 2012. "Induced abortion incidence and trends worldwide from 1995-2008." *The Lancet*. Vol. 379, Issue 9816, Feb. 2012. 625-632.
- Segeplan. 2010. *Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*. Guatemala City: Segeplan.
- Shah, I. H. and E. Ahman. 2012. "Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women." *Reproductive Health Matters*. 20(39): 169-173.
- Singh, S. and J. E. Darroch. 2012. *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services—Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and UNFPA. <http://www.Guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.
- Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF. 2011. *Monitoring the Situation of Children and Women: Multiple Indicator Cluster Survey: 2010*. Beograd: UNICEF. http://www.childinfo.org/files/MICS4_Serbia_FinalReport_Eng.pdf [accessed 16 July 2013].
- Stawski, H. 2012. "Enhancing Sexual and Reproductive Health and Well-Being of Young People: Building Common Ground between the United Nations and Faith-Based Development Partners." Electronic version only. <http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/publications/pid/12857;jsessionid=C1AE62A9FFCB626D0A72E5ECD3A69B9F:jahia01> [accessed 12 July 2013].

- Szalavitz, M. 2013. "Why New York's Latest Campaign to Lower Teen Pregnancy Could Backfire." Time.com. <http://healthland.time.com/2013/03/28/why-new-yorks-latest-campaign-to-lower-teen-pregnancy-could-backfire/> [accessed 30 June 2013].
- Tahzib, F. 1983. "Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 90(5): 387-91.
- Thomas, F. et al. 2001. "International Variability of Ages at Menarche and Menopause: Patterns and Main Determinants." *Human Biology*, Vol. 73, no. 2: 271-290.
- UNESCO. 2009. "International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers, and health educators." Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2013. "Schooling for Millions of Children Jeopardized by Reductions in Aid." Institute for Statistics Database. No. 25.
- UNFPA and the Population Council. n.d. "The Adolescent Experience In-depth Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People." http://www.unfpa.org/youth/dhs_adolescent_guides.html [accessed 9 September 2013].
- UNFPA. 2005. *State of World Population 2005: The Promise of Equality*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2007. *Giving Girls Today & Tomorrow*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality and Improved Sexual and Reproductive Health: A Report on an International Consultation to Review Current Evidence and Experience, Bogotá, Colombia*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011. "'School for Husbands' Encourages Nigerien Men to Improve the Health of their Families." New York: UNFPA. <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/7542#sthash.tTh8EcdZ> [accessed 13 July 2013].
- UNFPA. 2012. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *State of World Population 2012: By Choice, Not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012b. "Fact Sheet: Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health Needs. From Childhood to Womanhood." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012c. "Republic of Albania: Child Marriage." Tirana, Albania: UNFPA. <http://eeca.unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/ALBANIA%20-%20English.pdf> [accessed 16 July 2013].
- UNFPA. 2012d. "Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth: UNFPA Strategy on Adolescents and Youth." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013. "Adolescent Pregnancy. A review of the evidence." Population and Development Branch. Technical Division, Forthcoming October 2013. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013a. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013b. *Engaging Men and Boys: A Brief Summary of UNFPA Experience and Lessons Learned*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013c. "Good Practices—Adolescents and Youth: 2012 Competition." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013d. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review," 24 June 2013.
- UNFPA. 2013e. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013f. *The Future UNFPA Wants for All*. New York: UNFPA.
- UNICEF. 2006. *The State of the World's Children 2006*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2008. *Maternal and Newborn Health. State of the World's Children*. 2009. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2011. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2011a. "Child Marriage." UNICEF Information Sheet. http://www.unicef.org/india/Child_Marriage_Fact_Sheet_Nov2011_final.pdf [accessed 25 July 2013].
- UNICEF. 2012. *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. New York: UNICEF. http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_GLS_Web.pdf [accessed 25 July 2013].
- United Nations. 1948. Universal Declaration of Human Rights, adopted 10 December, 1948. New York: United Nations.
- United Nations. 1969. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (CERD). Entered into force 4 January 1969. New York: United Nations.
- United Nations. 1981. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW). Entered into force 3 September 1981. New York: United Nations.
- United Nations. 1990. Convention on the Rights of the Child (CRC). Entered into force 2 September 1990. New York: United Nations.
- United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. Cairo: United Nations.
- United Nations. 1999. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. New York: United Nations.
- United Nations. 2006. *Rights of the Child, Note by the Secretary-General, Sixty-first session of the United Nations General Assembly- Promotion and protection of the rights of children*. United Nations.
- United Nations. 2008. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Entered into force 3 May 2008.
- United Nations. 2011. *World Population Prospects: the 2010 Revision*. New York: United Nations. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- United Nations. 2011a. *World Fertility Report 2009*. New York: Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2012. *World Marriage Data 2012*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2012/MainFrame.html>. [accessed 15 July 2013].
- United Nations. 2013. *World Population Prospects: the 2012 Revision*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://esa.un.org/wpp/excel-data/fertility.htm> [accessed 16 July 2013].
- United Nations. 2013a. *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. New York: United Nations.
- United Nations Commission on Population and Development. 2012. 45th Session, Resolution 2012/1 *Adolescents and Youth*, 23-17 April 2012. New York: United Nations.
- United Nations Commission on the Status of Women. 2013. 57th Session, Agreed Conclusions, 4-15 March 2013. New York: United Nations.
- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2000. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12)*. New York: United Nations.

- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2009. *General comment no. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2)*, para. 20. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 1994. *General recommendation no. 21: Equality in marriage and family relations*, para 21. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 2011. *L.C. v. Peru*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Racial Discrimination. 2000. *General Recommendation 25: Gender related dimensions of racial discrimination*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003. *General comment no. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003a. *CRC Comm. General Comment 3: HIV/AIDS and the Rights of the Child*. New York: United Nations.
- United Nations Development Programme. 2011. Interim Report. *The Roma Pilot Project: Tools and Methods for Evaluation and Data Collection*. http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/SVK/00060975/UNDP_WB%20interim%20report%20II_2011_revised_F.doc [accessed 16 July 2013].
- United Nations General Assembly. 1976. *International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)*. Entered into force 23 March 1976. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Committee. 2000. *General Comment No. 28: Equality of rights between men and women (article 3)*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Committee. 2005. *K.L. v. Peru*. New York: United Nations
- United Nations Human Rights Committee. 2011. *L.M.R. v Argentina*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Council. 2012. *Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights*, 21 September 2012. New York: United Nations.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). 2012. *Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality*. New York: United Nations.
- United Nations radio. 12 November 2010. "36,000 African women die annually from unsafe abortions."
- United Nations Special Rapporteur on the Right to Health. 2011. Report to the Human Rights Council on the Criminalization of Sexual and Reproductive Rights, October 2011.
- Verma, R. K., J. Pulerwitz, V. S. Mahendra et al. 2008. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. In: *Horizons Final Report*. New York: Population Council.
- Winner, B. et al. 2012. "Effectiveness of long-acting reversible contraception." *New England Journal of Medicine*. 366(2): 1998-2007.
- World Bank. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*, by Jad Chaaban and Wendy Cunningham.
- World Bank. 2013. World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>. [accessed May 2013].
- World Day of Prayer and Action for Children. n.d. <http://dayofprayerandaction.org/take-action> [accessed 1 July 2013].
- World Health Organization. 2004. *Issues in Adolescent Health and Development*. WHO Discussion Papers on Adolescence. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2007. *Adolescent Pregnancy: Unmet Needs and Undone Deeds: A Review of the Literature and Programmes*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008. *Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5?* Factsheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008a. "Adolescent Pregnancy." *Making Pregnancy Safer (MPS) Notes*. 1(1). Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009. *Constitution of the World Health Organization, 47th ed.* Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009a. *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011. *Guidelines for Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011a. *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancies and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Pages 1-208. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf [accessed 1 April 2013].
- World Health Organization. 2011b. *The sexual and reproductive health of younger adolescents: Research issues in developing countries*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012. *Adolescent Pregnancy*. Fact Sheet 364. Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/index.html [accessed 25 June 2013].
- World Health Organization. 2012a. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health System*. 2nd edition. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012b. *Early Marriage, Adolescence, and Young Pregnancy*. Report by the Secretariat, 65th Health Assembly. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012c. "Safe and Unsafe Abortion. Global and regional levels in 2008 and trends during 1995-2008". Information Sheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013. *Adolescent development*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013a. *Child Marriages: 39,000 every day*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013b. "Maternal, newborn, child and adolescent health." Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/#.UdnrjThcdGw. email [accessed 7 July 2013].
- World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2010. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization and UNFPA. 2006. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva: WHO.
- Wyrod, R. et al. 2011. "Beyond Sugar Daddies: Intergenerational Sex and AIDS in Urban Zimbabwe." *AIDS and Behavior*. 15(6): 1275-82.



Pour un monde où toutes les grossesses sont désirées,
où tous les accouchements sont sans danger
et où tous les jeunes peuvent réaliser leur plein potentiel.

Fonds des Nations Unies pour la population
605 Third Avenue
New York, NY 10158 (États-Unis d'Amérique)
Tél. : +1-212 297-5000
www.unfpa.org
©UNFPA 2013

F/2,100/2013