



# Le dividende démographique en Afrique repose sur les investissements en matière de droits et santé reproductive, des adolescents et des jeunes

NOTE  
D'INFORMATION  
février 2017

TIRER PLEINEMENT  
PROFIT DU DIVIDENDE  
DEMOGRAPHIQUE EN  
INVESTISSANT DANS LA  
JEUNESSE

## **Le dividende démographique en Afrique repose sur les investissements en matière de droits et la santé reproductive, des adolescents et des jeunes**

février 2017

### **Remerciements**

Ce document a été préparé par le Population Reference Bureau (PRB) en collaboration avec le Département des Ressources humaines, science et technologie de la Commission de l'Union africaine (CUA). Le document a été rédigé par Elizabeth Gay, analyste principale des politiques au PRB, avec l'appui de Marlene Lee, directrice principale de programme au PRB, Prudence Ngwenya, Chef de la Division en charge de la jeunesse à la CUA et Kokou Sename Djugadou, fonctionnaire chargé des projets à la CUA. L'auteur souhaite remercier le personnel de la CUA qui a révisé à plusieurs reprises ce document et les personnes suivantes pour leurs commentaires: Gervais Beninguisse (L'Institut de formation et de recherche démographique (IFORD), au Cameroun), Jotham Musinguzi (National Population Council (Conseil national de la population), en Ouganda), Senait Tibebe (la Fondation David et Lucile Packard, en Éthiopie) et Jacques Emina (Université de Kinshasa, en République démocratique du Congo).

**Photos:** Jonathan Torgovnik

© 2017 Population Reference Bureau.  
Tous droits réservés.

# Sommaire

Comment les droits de santé sexuelle et reproductive contribuent-ils à accélérer la croissance économique . . . . .	4
Les investissements stratégiques peuvent protéger et améliorer les DSSR des adolescents et des jeunes . . . . .	5
Lutter contre le décrochage scolaire des jeunes pour une meilleure santé sexuelle et reproductive et des retombées économiques . . . . .	8
Une éducation sexuelle complète, adaptée à l'âge, sensible à la culture et axée sur les droits de la personne garantit de meilleurs résultats en matière de SSR . . . . .	9
L'amélioration de l'accès aux services de SSR adaptés aux besoins des jeunes revêt une importance capitale . . . . .	10
Autonomiser les jeunes femmes et accélérer l'égalité des sexes pour promouvoir les DSSR . . . . .	13
Conclusion . . . . .	16
Références . . . . .	17

Une décision de la conférence de l'Union Africaine (UA) adoptée en janvier 2016 a arrêté le thème suivant pour l'année 2017 : "tirer pleinement profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse". Les Chefs d'État et de Gouvernement de l'UA reconnaissent que le dividende démographique au niveau national est essentiel à la transformation économique du continent dans le cadre de l'Agenda 2063 de l'UA—la stratégie globale de l'UA pour la transformation socioéconomique du continent au cours des 50 prochaines années. Un dividende démographique peut se produire lors d'une conjoncture favorable créée par la réduction de la mortalité infantile et un changement démographique vers moins de personnes à charge par rapport aux personnes en âge de travailler (voir Encadré 1). La pleine réalisation des droits en santé sexuelle et reproductive (DSSR) des adolescents et des jeunes (âgés de 10 à 24 ans) peut avoir des retombées positives sur la santé, le bien-être et le niveau de l'éducation. Les investissements à long terme dans la santé des adolescents et des jeunes, y compris en matière de santé sexuelle et de reproduction, peuvent contribuer à accélérer la croissance économique lorsqu'ils sont associés à des investissements adéquats dans l'éducation et la planification économique.

La santé sexuelle et de reproduction (SSR) est définie comme un état complet de bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans toutes les questions relatives au système reproductif, à ses fonctions et fonctionnement.<sup>1</sup> Les DSSR sont définis comme les droits fondamentaux de contrôler et de prendre des décisions en connaissance de cause sur toutes questions relatives à la SSR sans contrainte, violence ou discrimination.

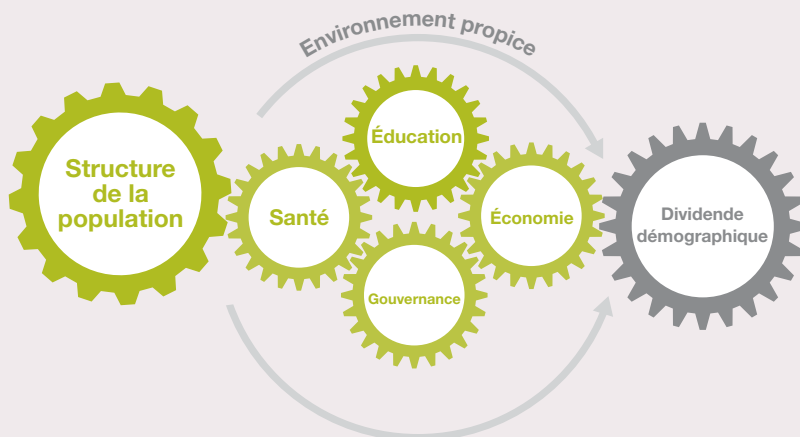
Le "Cadre politique continentale sur les droits de santé sexuelle et reproductive (DSSR)" de la Commission de l'Union Africaine adoptée en 2005 et mis en œuvre par le "Plan d'Action de Maputo sur les Droits de santé sexuelle et reproductive" de l'UA, jette la base de l'intégration et de l'harmonisation des DSSR dans les initiatives de développement nationales, sous régionales et continentales et dans la formulation des politiques africaines en vue d'améliorer le bien-être et la qualité de



vie sur le continent.<sup>2</sup> Le “Cadre politique continental en matière des DSSR” reconnaît également les liens entre la dynamique des populations, la pauvreté, les DSSR et leur importance dans le développement durable, et place les DSSR comme important au succès de l’agenda de développement de l’Afrique.

## ENCADRÉ 1

# Définir le dividende démographique pour les pays africains



Le dividende démographique fait référence à la croissance économique accélérée qui débute avec des changements au niveau de la structure de l’âge de la population d’un pays. Un changement vers moins de personnes à charge par rapport aux personnes en âge de travailler, accompagné par des investissements dans l’emploi, l’entrepreneuriat, l’éducation, le développement des compétences, la santé, les droits, la gouvernance et l’autonomisation des jeunes pour aider les pays à tirer profit du dividende démographique. Cette transition vers une plus grande proportion de personnes en âge de travailler exige un faible taux de mortalité infantile associé à des changements proportionnels du taux de natalité ainsi qu’une attention à la santé des jeunes afin de réaliser des gains économiques. Les investissements qui traduisent les changements démographiques en gains économiques peuvent également créer et rendre pérenne le développement économique.

**Source:** Population Reference Bureau (BRB), “Réalisation du dividende démographique” (décembre 2012), accessible à [www.prb.org/pdf12/achieving-demographic-dividend.pdf](http://www.prb.org/pdf12/achieving-demographic-dividend.pdf), le 6 janvier 2017.

## Comment les droits et la santé sexuelle et reproductive contribuent-ils à accélérer la croissance économique

Lorsque les DSSR des adolescents et des jeunes sont protégés, les jeunes peuvent mieux accéder aux informations et aux services dont ils ont besoin pour rester en bonne santé, éviter les grossesses et la maternité non désirées, prévenir et traiter les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, passer plus d'années à l'école et obtenir les compétences nécessaires pour être économiquement productifs. L'accès aux informations de SSR est particulièrement important. Les recherches indiquent que les adolescentes passent plus d'années à l'école lorsqu'elles ont accès aux informations et services SSR, et qu'elles ont accès aux soins qui les aident à gérer les menstruations et éviter ou retarder la grossesse qui peut interrompre leur éducation. L'accès aux informations, services et soins de SSR aide les jeunes femmes à exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, à demeurer en bonne santé et être mieux préparées à contribuer aux finances des ménages et, enfin, aux économies locales et nationales.

*“Les populations jeunes de l’Afrique sont le principal vecteur de la réalisation du dividende démographique et le moteur principal du développement à tous les niveaux. D’ici 2063, les enfants et jeunes Africains seront pleinement autonomisés, un vivier de talents, principaux innovateurs, et en fait soutiens des avantages de la transformation de l’Afrique. (...) Le Chômage déclaré des jeunes aura pris fin et les jeunes Africains auront plein accès à l’éducation, à la formation, aux services de santé, aux activités récréatives et culturelles ainsi qu’aux moyens financiers pour leur permettre de réaliser leur plein potentiel. Les jeunes seront les pionniers de nouvelles entreprises du savoir et apporteront une contribution significative à l’économie”*

### **– Document-cadre de l’Agenda 2063 de l’UA: L’Afrique que nous voulons**

Investir dans la santé des adolescents et des jeunes est essentiel à l'amélioration de la qualité des générations futures de la main d'œuvre africaine. Les choix reproductifs que les adolescents et les jeunes font lorsqu'ils se marient, quand ils commencent à être sexuellement actifs et le nombre d'enfants qu'ils auront affectent le taux de natalité d'un pays. Sans investissements qui permettent de réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, la taille de la population en âge de travailler, productive, et non dépendante n'augmentera pas de façon significative par rapport à la population totale, et l'épargne nationale moyenne et les heures de travail d'un pays n'augmenteront pas. Les femmes qui veulent prévenir une grossesse mais qui n'utilisent aucune méthode contraceptive sont considérées comme ayant un besoin non satisfait de planification familiale. En réduisant le besoin non satisfait de planification familiale et en permettant aux populations de réaliser leurs droits en matière de reproduction, les responsables politiques peuvent soutenir une dynamique des populations qui est propice à l'ouverture d'une conjoncture favorable à un dividende démographique. Une proportion relativement plus petite de très jeunes enfants dans la population offre aux familles et aux gouvernements la possibilité

d'investir davantage (de l'épargne et du revenu en moyenne plus élevés) dans la santé et l'éducation de chaque enfant.<sup>3</sup> Ces enfants représentent la prochaine génération de travailleurs, équipés pour des emplois qui exigent des niveaux de compétence plus élevés et capable de naviguer les politiques qui permettent l'accès aux capitaux pour des activités entrepreneuriales ou agricoles. Un nombre adéquat d'emplois, de débouché entrepreneuriales ou agricoles doit être disponible quel que soit la taille de la main d'œuvre. Ce changement exige des investissements du gouvernement et du secteur privé dans l'économie.

Les DSSR des adolescents et des jeunes sont l'un des facteurs qui affectent la taille de la demande d'emploi dans le futur. Veiller à ce que les jeunes et les adolescents puissent exercer leurs droits de déterminer le moment d'avoir des enfants et le nombre d'enfants qu'ils désirent permet de mettre en place une dynamique démographique propice au développement économique. Pour les femmes, l'âge auquel elles commencent à avoir des enfants et le nombre d'enfants qu'elles peuvent avoir peut affecter le type d'emploi qu'elles occupent et la période pendant laquelle elles sont employées. Le risque de violence sexuelle associé à la fréquentation scolaire ou au travail en dehors du cadre domestique affectera leur capacité à acquérir une éducation de qualité et leur expérience professionnelle. Ces deux facteurs peuvent également affecter les risques de santé liés à la grossesse et à l'activité sexuelle.

Dans le contexte africain, les cadres politiques tels que le "Plan d'action de Maputo" et la "Stratégie africaine de la santé 2016-2030" de l'UA ont donné la priorité aux DSSR afin d'inciter des actions qui visent à réaliser l'agenda 2063 et les objectifs africains de développement.<sup>4</sup> Les questions prioritaires des DSSR qui touchent les adolescents et les jeunes incluent la contraception, l'avortement à risque, la mortalité et la morbidité maternelle, les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/SIDA, le mariage des enfants, les mutilations génitales féminines ou excision (MGF/E) et la violence sexuelle.

## Les investissements stratégiques peuvent protéger et améliorer les DSSR des adolescents et des jeunes

Améliorer la santé et le bien-être de la population ainsi que réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale peut déclencher un changement démographique grâce auquel plus d'enfants survivent jusqu'à l'adolescence et à l'âge adulte, contribuant à amorcer la première étape d'une transition démographique. Les documents cadres africains donnent un aperçu des politiques qui favorisent une transition démographique et décrivent les investissements stratégiques requises. Par exemple, la "Charte africaine de la jeunesse" de l'UA met l'accent sur les droits des jeunes et décrit comment les responsables politiques pourraient intégrer les questions qui concernent les adolescents et les jeunes dans les politiques et les programmes.<sup>5</sup> Le "Plan d'action de Maputo" identifie les stratégies et les mesures que les pays peuvent utiliser pour faire avancer les DSSR dans leurs propres contextes.<sup>6</sup> Le "Premier plan décennal de mise en œuvre" de

l'agenda 2063 de l'UA définit des résultats spécifiques et décrit les mesures que les pays peuvent prendre pour réaliser l'agenda de développement.<sup>7</sup> Le plan encourage les décideurs politiques à mettre en œuvre des politiques qui renforcent les droits reproductifs des femmes et des adolescentes. Récemment, l'UA a élaboré une feuille de route sur le dividende démographique en vue de guider les États membres et les communautés économiques régionales sur des actions concrètes à entreprendre en 2017 et au-delà. Ces cadres continentaux et ces documents stratégiques identifient les actions politiques que les pays peuvent adapter à leur propre contexte.

Au niveau national, des responsables politiques ont pris des mesures stratégiques pour faire avancer les DSSR des adolescents et des jeunes. Ci-dessous, vous trouverez des exemples de chaque région à travers le continent africain.

Au **Sénégal**, la loi sur la confidentialité des données et la loi sur la santé reproductive protège le droit des jeunes d'accéder aux soins de santé sexuelle et reproductive en toute confidentialité. La "Loi sur la santé reproductive" de 2005 reconnaît la santé reproductive en tant que droit humain garanti à tous. Les politiques spécifiques aux adolescents et aux jeunes comprennent la "Stratégie de santé reproductive des jeunes et des adolescents" (2005) et les "Politiques, normes et standards des services de santé reproductive des jeunes" (2011).<sup>8</sup> Le gouvernement s'est efforcé de réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Les besoins non satisfaits ont diminué de 35% en 1997 à presque moins de 26% en 2014 parmi les femmes mariées qui ont besoin de planification familiale.<sup>9</sup>

L'adoption et la mise en œuvre de politique stratégique en **Tunisie** ont été couronnées de succès. Le gouvernement de la Tunisie a lancé son premier plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST en 2006, et a fixé des objectifs pour la prévention du VIH/SIDA parmi les jeunes.<sup>10</sup> Un robuste programme national de planification familiale a créé à travers le pays des centres de santé qui ont contribué à réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale et relevé l'espérance de vie à la naissance.<sup>11</sup> La Tunisie a été le premier pays musulman à garantir le droit à l'avortement sans risque dans certaines circonstances – un facteur qui a probablement contribué au déclin des décès maternels.<sup>12</sup>

La première politique du **Kenya** qui a mis l'accent sur la SSR des adolescents et des jeunes a été élaborée en 2003. La "Politique en matière de santé reproductive et du développement des adolescents" (ARHD) a été élaborée en réponse aux questions de la jeunesse et à l'engagement du gouvernement d'intégrer les jeunes dans le processus de développement national, et a servi de base aux politiques ultérieures pour faire avancer la SSR des adolescents et des jeunes. Une évaluation de 2013 de la politique a révélé qu'elle avait renforcé les engagements du secteur public et privé, renforcé les approches visant à étendre l'accès et la qualité des programmes et des services relatifs à l'ARHD, amélioré la SSR et le bien-être des adolescents et des jeunes.<sup>13</sup>

En janvier 2014, le gouvernement de la **République démocratique du Congo** (RDC) a adopté un "Plan stratégique national de planification familiale à vision multisectorielle (2014-2020)" qui est arrimé à son "Plan national de développement sanitaire (2011-2015)". Le plan vise à intégrer l'éducation sexuelle complète et les services de SSR adaptés aux jeunes afin d'accroître l'utilisation des contraceptifs.<sup>14</sup> Le gouvernement de la RDC indique qu'il cherche à ralentir la croissance de



la population et réduire le nombre de personnes à charge par l'utilisation de la contraception moderne – un changement nécessaire pour orienter le pays vers un dividende démographique.<sup>15</sup>

En 2015, le gouvernement **sud-africain** a adopté le “Cadre stratégique national des droits de santé sexuelle et reproductifs des adolescents”. Ce cadre s’appuie sur la “Politique démographique de l’Afrique du Sud” de 1998 qui cherche à contribuer à “la mise en place d’une société qui offre une qualité de vie élevée et équitable à tous les sud-africains dans laquelle les tendances démographiques sont à la mesure du développement durable socio-économique et environnemental.” La stratégie est en adéquation avec la constitution sud-africaine et adopte une approche conforme aux droits de l’homme en matière des DSSR des adolescents qui peut soutenir le développement économique de l’Afrique du Sud.<sup>16</sup>

Au-delà de ces exemples, les responsables politiques africains du continent s’efforcent d’améliorer la santé et le bien-être des adolescents et des jeunes. Bien que les investissements actuels sont assez porteurs, il y a lieu de faire mieux et d’investir davantage dans les DSSR.

Des recherches effectuées ont produit des informations utiles sur ce qui permet d’améliorer la SSR des adolescents et des jeunes. L’ensemble des éléments de preuves indiquent que prévenir le décrochage scolaire des adolescents et des jeunes, autonomiser les jeunes à travers le développement des compétences et la formation, offrir une éducation sexuelle complète et assurer l’accès aux services de SSR adaptés aux jeunes sont des domaines importants d’investissement. Les données suggèrent aussi que les multiples interventions mises en œuvre conjointement, et sur une plus longue période, sont plus efficaces que des interventions axées sur un seul objectif. Il est également important de tenir compte des populations



jeunes les plus vulnérables, y compris ceux qui ne sont pas scolarisés, ceux qui vivent en milieu rural ou dans des bidonvilles urbains, les pauvres, les handicapés ou ceux qui sont touchés par les conflits.<sup>17</sup> Faire participer les jeunes de manière significative à la conception et au développement des interventions, des programmes et des politiques améliore leur efficacité; développe leurs connaissances, leurs compétences, leadership, améliore la capacité des organisations et des institutions à faire améliorer les DSSR des jeunes.<sup>18</sup>

On trouvera ci-dessous les exemples des données probantes sur les questions prioritaires des adolescentes et des jeunes en matière des DSSR. Les recommandations à mettre en œuvre sont tirées des recherches disponibles.

## **LUTTER CONTRE LE DECROCHAGE SCOLAIRE DES JEUNES POUR UNE MEILLEURE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET DES RETOMBÉES ECONOMIQUES.**

L'accès à l'éducation est essentiel pour réaliser le dividende démographique. Prévenir le décrochage scolaire des jeunes pour leur permettre de poursuivre leur éducation aussi longtemps que possible a des répercussions sur leur capital humain ainsi que sur leur santé reproductive. Il a été démontré que l'éducation est un facteur de protection de la SSR qui procure des résultats économiques. De plus, le cadre scolaire offre l'espace physique et l'opportunité de dispenser une éducation sexuelle complète, adaptée à l'âge et culturellement sensible, des services de SSR adaptés aux jeunes, des programmes de perfectionnement des compétences essentielles et d'autres interventions.

Les recherches montrent qu'avec l'augmentation du nombre d'années d'études, s'améliorent les perspectives d'emploi, la participation au marché du travail et les revenus. Les adolescents et les jeunes qui ont étudié pendant plus d'années, en particulier à l'école secondaire, sont les plus susceptibles de développer des compétences dont ils ont besoin pour être économiquement productifs. En outre, l'augmentation du niveau d'étude est liée au retard du mariage, de la maternité et à la réduction des risques de contraction du VIH.<sup>19</sup>

Plusieurs obstacles empêchent les jeunes de fréquenter ou de retourner à l'école, ces obstacles affectent plus les filles que les garçons. Certaines filles sont victimes de harcèlement sexuel et de violence sur le chemin de l'école ou même à l'école, ce qui peut entraîner une baisse de la fréquentation scolaire. Les filles peuvent renoncer à l'éducation à cause de nombreuses raisons—elles doivent travailler pour subvenir aux besoins de leurs ménages, les frais de scolarité et les fournitures sont élevés, la qualité de l'éducation est faible, leurs tuteurs ne trouvent aucun intérêt à les envoyer à l'école, les lois en place ne permettent pas aux filles enceintes d'aller à l'école, ou elles subissent la stigmatisation et la discrimination en milieu scolaire.<sup>20</sup>

Les éléments de preuve disponibles révèlent qu'aider les ménages à surmonter les obstacles financiers par des bourses d'études, des allocations ou des transferts en espèces peut accroître la fréquentation scolaire.<sup>21</sup> Au Malawi, des programmes de transfert monétaire aussi bien inconditionnel (transfert qui ne dépend pas de l'action

du bénéficiaire) que conditionnel (transfert qui dépend de l'action du bénéficiaire) ont augmenté la fréquentation scolaire.<sup>22</sup>

## **Recommandations**

- Faire des écoles des cadres plus sécurisés et sûrs pour les filles.
- Aider les ménages à surmonter les obstacles financiers liés à la scolarisation de leurs enfants.
- Aider les adolescentes enceintes et les jeunes parents à éviter le décrochage scolaire.

## **UNE EDUCATION SEXUELLE COMPLETE, ADAPTEE A L'AGE, SENSIBLE A LA CULTURE ET AXEE SUR LES DROITS DE L'INDIVIDU OFFRE DE MEILLEURS RESULTATS DE SSR.**

Une éducation sexuelle complète (ESC), adaptée à l'âge et sensible à la culture est indispensable pour la promotion de la SSR chez les adolescents et les jeunes. L'UNESCO définit l'éducation sexuelle complète comme le partage d'informations scientifiques exactes d'une manière adaptée à l'âge, culturellement pertinente et sans jugement.<sup>23</sup> Il a été démontré que les programmes d'ESC augmentent les connaissances en SSR, retardent les premiers rapports sexuels, accroissent l'utilisation de préservatif et/ou de contraceptif, réduisent la fréquence et le nombre de partenaires sexuels.<sup>24</sup>

Certaines caractéristiques clés améliorent la probabilité qu'un programme réussisse à réduire des résultats médiocres de SSR parmi les adolescentes et les jeunes. Pour être efficace, les programmes d'éducation sexuelle doivent inclure suffisamment d'information sur des sujets de santé sexuelle et disposer d'un programme de formation complet.<sup>25</sup> Les recherches montrent que les programmes axés seulement sur l'abstinence n'arrêtent pas ou ne retardent pas l'initiation sexuelle chez les jeunes et peuvent les exposer à plus de risques en matière d'IST et de grossesse si les informations relatives à la contraception ne sont pas enseignées. Un examen rigoureux a pu déterminer que les interventions qui font seulement la promotion de contraceptifs ne réduisaient pas les risques de grossesse chez les adolescentes. Toutefois, on a démontré que les programmes d'éducation sexuelle qui ont enseigné la contraception et l'abstinence avaient pu augmenter l'utilisation de contraceptif au début de l'activité sexuelle.<sup>26</sup> Les recherches montrent que les programmes d'ESC sont efficaces et plus rentables que les interventions axées sur une seule question. Un examen de 22 programmes a établi que les programmes qui abordent les dynamiques de genre et de pouvoir étaient associés à une réduction plus importante du nombre de grossesses non désirées et d'IST. En fait, ils étaient cinq fois plus efficaces que les programmes qui n'ont pas abordé les dynamiques de genre et de pouvoir. L'impact de l'ESC augmente lorsque celle-ci est dispensée avec des efforts visant à accroître l'accès des adolescents et des jeunes aux ressources de SSR telles que les soins de santé adaptés aux jeunes et la contraception.<sup>27</sup>

La recherche indique également qu'une éducation sexuelle effective commence à l'école primaire par des informations appropriées à l'âge et se poursuit tout au long de l'école secondaire.<sup>28</sup> Les organisations internationales, telles que l'Organisation

mondiale de la santé (OMS) et l'UNESCO, recommandent que l'éducation débute dans la petite enfance et se poursuive jusqu'à l'âge adulte afin d'acquérir des connaissances et des compétences au fil du temps.

Les adolescents et les jeunes ont le droit d'accéder aux informations de SSR dont ils ont besoin en vue de protéger leur santé et déterminer le cours de leur vie reproductive. Grâce à l'information et à l'accès aux services, les adolescents et les jeunes seront mieux équipés pour s'assurer une bonne santé, atteindre des niveaux d'éducation plus élevés et être productifs du point de vue économique. Leur autonomisation est bénéfique à leurs ménages et, en fin de compte, à l'économie du pays.

### **Recommandations**

- Faire en sorte que l'ESC soit disponible aux élèves à partir de l'école primaire.
- Mettre en œuvre l'ESC en même temps que des services sanitaires adaptés aux besoins des jeunes.

### **L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS À DES SOINS DE SSR ADAPTÉS AUX BESOINS DES JEUNES EST ESSENTIEL.**

Bien qu'aider les adolescents et les jeunes à rester à l'école et leur offrir une éducation sexuelle complète aient leurs propres avantages, ces activités sont mieux soutenues en rendant possible l'accès des jeunes à des soins de santé sexuelle et reproductive. En outre, les adolescents et les jeunes qui ne sont pas scolarisés sont moins susceptibles d'accéder à l'ESC, donc des interventions au niveau de la communauté sont nécessaires pour atteindre les jeunes qui ne sont pas à l'école.<sup>29</sup>

Les adolescents et les jeunes ont besoin d'accéder aux tests et aux traitements des IST et du VIH ainsi qu'aux préservatifs et aux méthodes contraceptives modernes, aux soins complets d'avortement (l'avortement, les soins après avortement et la planification familiale) pour rester en bonne santé, éviter les grossesses non désirées et maximiser leurs chances d'atteindre un niveau élevé de scolarité et une réussite économique.

L'OMS a indiqué que les services de SSR adaptés aux jeunes ont les caractéristiques suivants—ils sont équitables, accessibles, acceptables, appropriés et efficaces.<sup>30</sup> Ces lignes directrices signifient que tous les adolescents et les jeunes devraient être en mesure d'accéder aux soins dont ils ont besoin d'une manière qui répond à leurs attentes et apporte une contribution positive à leur santé. La recherche montre que les services adaptés aux jeunes sont plus efficaces lorsque les prestataires sont formés et conviviaux envers leurs patients, lorsque les établissements de soins de santé sont accueillants et attrayants et lorsque la communauté environnante est favorable à l'offre de services de SSR aux adolescents et aux jeunes.<sup>31</sup>

Réduire la stigmatisation liée à la demande des soins de santé et accroître la capacité des prestataires de services à fournir des services de SSR de qualité est essentiel pour s'assurer que les jeunes sont à l'aise en accédant aux SSR et réduire leurs besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Pour les filles, la vie privée, la confidentialité et l'accès à la contraception sans interférence du partenaire peuvent être particulièrement importants. La mise en place de structures qui offrent

une gamme complète de méthodes contraceptives de façon confidentielle peut aider les filles à commencer et à continuer d'utiliser la contraception. Un examen des recherches sur l'accroissement de la demande des services de SSR chez les adolescents et les jeunes a conclu que les interventions qui augmentent la convivialité des prestataires de services à l'endroit des jeunes, améliorent la propension des jeunes à fréquenter les structures et tentent de créer une demande à travers de multiples canaux—tels que l'éducation communautaire et les médias de masse—sont prêtes à être mises en œuvre à grande échelle.<sup>32</sup>

L'offre de services SSR à l'école peut les rendre plus accessibles et donc plus adaptés aux jeunes.<sup>33</sup> L'accès aux produits sanitaires qui assistent les filles et les jeunes femmes à gérer la menstruation est également important. Le manque de produits sanitaires et d'installations d'hygiène à l'école pourrait perturber la fréquentation de l'école par les filles.<sup>34</sup> La disponibilité des fournitures sanitaires, d'installations d'hygiène sûres à l'école, l'éducation sur la puberté ainsi que la gestion menstruelle pourraient aider certaines filles à rester en bonne santé et à se sentir en sécurité à l'école.

Les recherches montrent que la proximité d'établissements de soins adaptés aux jeunes et des préservatifs accroît la probabilité pour que les adolescents et les jeunes utilisent ces services et améliorent leur état de santé. A Madagascar, un sondage mené auprès de femmes âgées de 21 à 23 ans a révélé que les femmes qui vivent dans des communautés où les préservatifs sont disponibles sont moins susceptibles d'être mères. La même étude a révélé que la disponibilité de préservatifs était liée à



un âge plus avancé à la première naissance, à un niveau d'éducation plus élevé et à des compétences cognitives.<sup>35</sup> En Afrique du Sud, le National Adolescent Friendly Clinic Initiative (l'initiative nationale de cliniques adaptées aux adolescents) (NAFCI), qui a été lancée en 1999, a démontré le succès aussi bien au niveau de la santé que des résultats économiques. Les données montrent que vivre près d'une clinique NAFCI au cours de l'adolescence a retardé la maternité de 1,2 ans. Les adolescentes qui vivent à proximité de clinique NAFCI sont également restées 0,6 an de plus à l'école. Selon une étude auprès des femmes ayant un emploi, celles qui vivaient à proximité d'une clinique NAFCI au cours de leur adolescence ont déclaré des revenus mensuels supérieurs de 30% à celles qui ne vivaient pas près d'une clinique NAFCI.<sup>36</sup>

En dehors des établissements de soins de santé et des écoles, les moyens les plus efficaces d'atteindre les jeunes pour des services incluent la vulgarisation au niveau de la rue avec la distribution de préservatifs et l'accès à la contraception en vente libre, y compris la contraception d'urgence appelée aussi la pilule du lendemain.<sup>37</sup>

Le besoin de services adaptés aux jeunes s'étend à l'avortement sans risque. Dans plusieurs pays, les lois et le blâme sur l'avortement compliquent l'accès de jeunes femmes à l'avortement sans risque.<sup>38</sup> L'avortement non médicalisé a un coût sur les vies, les ménages et les gouvernements. L'analyse des données de l'Ouganda, où l'avortement est illégal, indique que l'avortement coûte 64 millions de dollars par an en raison des coûts médicaux directs, la perte de productivité et les coûts sociaux de la mortalité liée à l'avortement.<sup>39</sup> Une étude au Kenya a révélé que les jeunes femmes âgées de 10 à 19 ans attendent plus longtemps que les femmes plus âgées avant de demander des soins après avortement lorsqu'elles font face à des complications—un retard qui pourrait accroître le risque de mortalité.<sup>40</sup>

L'avortement sans risque est une question prioritaire des DSSR. A la fin de 2016, plus de 260 chercheurs, défenseurs, prestataires et donateurs se sont réunis à la Conférence régionale africaine sur l'avortement afin de discuter l'état de l'avortement, partager les résultats des recherches et identifier les possibilités d'actions politiques qui visent à rendre l'avortement plus sûr. La déclaration de la conférence a appelé à l'action politique pour honorer les accords relatifs aux droits de l'homme tels que le "Protocole de Maputo" et faire en sorte que toutes les femmes aient accès à l'avortement sans risque, indépendamment de leur âge ou de leur situation financière.<sup>41</sup>

Au-delà d'être adaptés aux jeunes et d'être physiquement accessibles, les services SSR doivent être financièrement abordables. Le coût des services de SSR peut être une barrière qui empêche les adolescents et les jeunes d'accéder aux soins dont ils ont besoin. Par exemple, dans un rapport sur la SSR parmi les adolescents et les jeunes de Yaoundé (Cameroun), les adolescents ont identifié le coût élevé des services de santé reproductives comme un obstacle aux soins et ont noté que certains types de contraception coûtaient plus chers que d'autres, donc leur méthode préférée de contraception peut ne pas être à leur portée.<sup>42</sup>

Garantir le droit des adolescents et des jeunes d'accéder à des soins de SSR adéquats et complets est essentiel afin qu'ils puissent prendre en charge leurs décisions en matière de procréation. Ce faisant, ils sont plus susceptibles d'avoir un niveau d'éducation plus élevé et d'être économiquement productifs.

## Recommandations

- Accroître la disponibilité et l'accessibilité des services et des produits SSR adaptés aux jeunes.
- Veiller à ce que les écoles disposent de structures sanitaires et d'hygiène adéquates.
- Atteindre les adolescents et les jeunes non scolarisés par des interventions au niveau de la communauté.
- Faciliter l'accès financier aux services et aux fournitures de SSR.
- Améliorer l'accès à des soins complets et sans risque en matière d'avortement.

## AUTONOMISER LES JEUNES FEMMES ET ACCROITRE L'EGALITE DES SEXES POUR FAIRE AVANCER LES DSSR

L'amélioration de l'accès des filles à l'éducation, la participation des femmes au marché du travail et la participation politique des femmes favorisent un environnement propice à un dividende démographique. La clé à tous ce qui précède est la santé et la sécurité des filles et des femmes.

L'autonomisation des filles avec des compétences et à travers l'acquisition de connaissances peut améliorer la santé et les résultats en capital humain à travers le report du mariage, la réduction des risques de violence sexuelle et la hausse du niveau d'éducation. Il a été démontré que les interventions qui combinent l'information sur la SSR avec la formation professionnelle et celles qui créent des espaces sûrs pour les filles sont efficaces, elles peuvent améliorer l'engagement des filles entretenant des relations et peuvent leur permettre d'utiliser la contraception, de retarder le mariage et la maternité.<sup>43</sup>

*“ Le Continent ne peut pas réaliser ses objectifs ambitieux dans le cadre de l'Agenda 2063 pendant qu'il empêche un segment dynamique de sa société, que représentent les femmes, de réaliser son plein potentiel. L'investissement dans les femmes et les filles et l'intégration de celles-ci dans le marché du travail, parallèlement aux efforts en faveur du mariage et de la procréation tardives et d'un accès élargi à l'éducation pour les filles, la planification familiale et les droits de santé sexuelle et reproductive, sont considérés comme les forces motrices du succès économiques des «tigres asiatiques».”*

### – Document-cadre de l'Agenda 2063 de l'UA: L'Afrique que nous voulons

Un essai randomisé contrôlé chez des adolescentes en Tanzanie a comparé trois stratégies différentes d'autonomisation. La première se concentre seulement sur la santé reproductive, l'égalité des sexes et les droits. La deuxième intervention a partagé des informations sur l'entrepreneuriat et la gestion d'une entreprise. La troisième intervention combine à la fois la formation des entreprises et l'information sur la santé reproductive. Les résultats montrent que seule la formation

d'entrepreneuriat encourage les filles à développer des plans d'entreprise et lancer des activités génératrices de revenus, mais les filles qui ont reçu l'intervention combinée sont les plus susceptibles d'avoir des projets de création d'entreprise.<sup>44</sup>

L'évaluation d'une intervention à deux volets chez les adolescentes en Ouganda montre que les filles qui ont reçu une intervention qui offre la formation professionnelle ainsi que des renseignements sur la santé reproductive a augmenté de 72% la probabilité qu'elles soient engagées plus tard dans des activités génératrices de revenus par rapport au groupe témoin. La grossesse chez les adolescentes et le mariage précoce ou la cohabitation ont diminué chez les filles du groupe d'intervention (de 26% et 58% respectivement). L'intervention semblait aussi influencer sur la violence sexuelle—le pourcentage de filles déclarant avoir eu des rapports sexuels contre leur volonté a diminué de moitié.<sup>45</sup>

Les enquêtes montrent que l'inégalité entre les sexes est un facteur clé de la violence sexuelle. En 2015, la Banque africaine de développement a publié son premier Indice de l'égalité du genre, qui identifie la violence à l'égard des filles et des femmes comme un obstacle sérieux à leur santé, à leur éducation et à leur pleine participation économique.<sup>46</sup> Le "Gender Roles, Equality, and Transformation (GREAT) Project (Projet sur les rôles des sexes, l'égalité et la transformation)" dans le nord de l'Ouganda post-conflit qui visait à promouvoir des attitudes et des comportements égalitaires entre les sexes chez les adolescents (âgé de 10 à 19 ans) et leurs communautés, afin de réduire la violence à caractère sexiste et d'améliorer les résultats de la SSR. Dans le projet, des groupes d'action communautaire ont mis en œuvre diverses activités destinées à sensibiliser la population, à informer les membres de la collectivité sur des sujets choisis et à appuyer les leaders communautaires à créer des changements. Les adolescents qui ont participé au projet avaient plus d'attitudes égalitaires entre les sexes, un comportement plus sain en matière de SSR, ont expérimenté et perpétré moins de violence que ceux du groupe témoin.<sup>47</sup>

La MGF/C est une autre forme de violence qui touche les filles et les femmes. Bien que les lois interdisent la MGF/C puissent avoir un impact, mettre fin aux MGF/C exige des changements d'attitudes dans les communautés dans lesquelles le découpage est religieusement ou culturellement pertinent.<sup>48</sup> Il y a certaines communautés qui sont ouvertes sur l'abandon de la pratique et qui pourraient fournir un point de départ à la renonciation de la MGF/C. Les données montrent que l'abandon de la MGF/C est déjà en cours dans certains pays, avec un déclin notable au Burkina Faso, au Libéria, au Kenya, au Nigéria, en République centrafricaine, au Bénin et au Togo.<sup>49</sup> Des approches ciblées qui impliquent les leaders de la communauté pourraient appuyer ces progrès et plus d'abandon de la MGF/C.

## Recommandations

- Intensifier les interventions effectives qui visent à autonomiser les filles et l'égalité entre les sexes.
- Appuyer les interventions de lutte contre la violence sexuelle et la MGF/C au niveau de la communauté.



## ENCADRÉ 2

# Résumé des recommandations pour faire progresser les DSSR des adolescents et des jeunes

- Faire des écoles des cadres plus sûrs pour les filles.
- Aider les ménages à surmonter les obstacles financiers les empêchant d'envoyer leurs enfants à l'école.
- Appuyer les adolescentes enceintes et les jeunes parents à rester et à retourner à l'école.
- Faire en sorte que l'ESC soit disponible aux élèves à partir de l'école primaire.
- Mettre en œuvre l'ESC en même temps que des services de santé adaptés aux jeunes.
- Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services et des fournitures de SSR adaptés aux jeunes.
- Veiller à ce que les écoles disposent d'installations d'hygiène et sanitaires appropriées.
- Atteindre les adolescents et les jeunes non scolarisés par des interventions au niveau de la communauté.
- Faciliter l'accès financier aux services et aux fournitures de SSR.
- Améliorer l'accès à des soins complets et sans risque en matière d'avortement.
- Intensifier les interventions effectives qui visent à autonomiser les filles et l'égalité entre les sexes.
- Appuyer les interventions de lutte contre la violence sexuelle et la MGF/C au niveau de la communauté.

## Conclusion

L'amélioration des DSSR des adolescents et des jeunes est impératif et contribuera à la réalisation de la vision de l'Agenda 2063 de l'UA en vue d'une Afrique plus prospère. Soutenir les jeunes à rester et à retourner à l'école ainsi qu'à accéder à des informations et des services de santé dont ils ont besoin peut les aider à demeurer en bonne santé et à décider de leur avenir. Avec une éducation de SSR appropriée, des informations et des soins—en même temps qu'un environnement convenable à leur santé et leur sécurité—les adolescents et les jeunes pourront atteindre un meilleur niveau de santé et d'éducation, et seront mieux équipés pour participer économiquement aux besoins de leurs ménages et de leurs communautés. En outre, les DSSR des jeunes peuvent contribuer à réaliser une proportion plus faible de personnes à charge par rapport à la population en âge de travailler. Lorsque cela est associé à de bonnes politiques sociales et économiques, les pays seront mieux placés pour exploiter le dividende démographique.

Faire avancer les DSSR des adolescents et des jeunes pour faire des progrès sur les objectifs de développement de l'Afrique exige l'engagement et l'action stratégique des responsables politiques avec l'appui des chercheurs, de la société civile, des leaders traditionnels et locaux, ainsi que du secteur privé. Le secteur privé, en collaboration avec le gouvernement, joue un rôle essentiel dans le financement ainsi que la prestation de services et la fourniture de produits qui arrivent aux jeunes, et favorise le développement. Le secteur privé peut améliorer l'accès aux soins, améliorer la gestion des systèmes de santé et renforcer les chaînes d'approvisionnement qui fournissent les produits de santé.<sup>50</sup> Le secteur privé est également le principal moteur de l'innovation et de l'investissement qui peut soutenir le développement économique.<sup>51</sup> Une plus grande capacité et volonté de la part des gouvernements et du secteur privé à participer aux partenariats public-privé et à travailler ensemble peut aider les pays à répondre aux besoins de SSR des adolescents et des jeunes ainsi qu'à travailler vers les objectifs de développement.<sup>52</sup>

Les adolescents et les jeunes ont le droit d'être en bonne santé, d'aller à l'école et d'être habilités avec les compétences dont ils ont besoin d'être économiquement productifs. Les États membres de l'UA ont un rôle clé à veiller à ce que les adolescents et les jeunes réalisent ces droits et que l'Afrique atteigne sa vision pour un plus grand progrès et une plus grande prospérité. L'avenir des adolescents et des jeunes d'Afrique dépend de ce que les États membres de l'UA fassent des investissements stratégiques à court— et à long terme dans la réalisation des engagements énoncés dans les cadres continentaux en place. Investir dans les DSSR des adolescents et des jeunes sera bénéfique pour les jeunes et soutiendra le développement économique sur le continent africain.

## Références

- 1 IPPF, "Sexual and Reproductive Health and Rights-A Crucial Agenda for the Post-2015 Framework," (Février 2017), consulté à [www.ippf.org/sites/default/files/report\\_for\\_web.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/report_for_web.pdf), le 6 jan. 2017.
- 2 Union Africaine (UA), "Sexual and Reproductive Health and Rights Continental Policy Framework (Cadre politique continental pour les droits de santé sexuel et reproductif)," (Juillet 2006), consulté à [http://pages.au.int/sites/default/files/SRHR%20English\\_0.pdf](http://pages.au.int/sites/default/files/SRHR%20English_0.pdf), on Jan. 6, 2017; et la Commission de l'Union Africaine (CUA), "Plan d'action sur les droits de santé sexuelle et reproductive (Plan d'action de Maputo)," (2007), consulté à [http://countryoffice.unfpa.org/gabon/drive/maputo\\_eng.pdf](http://countryoffice.unfpa.org/gabon/drive/maputo_eng.pdf), le 6 jan. 2017.
- 3 Population Reference Bureau (PRB), "Réalisation du dividende démographique," (Décembre 2012), consulté à [www.prb.org/pdf12/achieving-demographic-dividend.pdf](http://www.prb.org/pdf12/achieving-demographic-dividend.pdf), le 6 jan. 2017.
- 4 CUA, "Plan d'action de Maputo," (2007); et CUA, "Stratégie africaine de la santé" consulté à [www.au.int/en/sites/default/files/documents/24098-au\\_ahs\\_strategy\\_clean.pdf](http://www.au.int/en/sites/default/files/documents/24098-au_ahs_strategy_clean.pdf), le 6 jan. 2017.
- 5 CUA, "Charte de la jeunesse africaine," (2006), consulté à [at www.un.org/en/africa/osaa/pdf/au/african\\_youth\\_charter\\_2006.pdf](http://www.un.org/en/africa/osaa/pdf/au/african_youth_charter_2006.pdf), le 6 jan. 2017.
- 6 CUA, "Plan d'action de Maputo".
- 7 CUA, "Agenda 2063, l'Afrique que nous voulons: Un cadre stratégique partagé pour une croissance inclusive et le *développement durable*," (Septembre 2015), consulté à <http://agenda2063.au.int/en/sites/default/files/Agenda%202063%20Final%20revised%20First%20Ten%20Year%20Implementation%20Plan%2012%2010%2015.pdf>, Jan. 7, 2017.
- 8 Futures Group, *Repositionnement de la planification familiale au Sénégal: état des programmes de planification familiale au Sénégal* (Washington, DC: Futures Group, 2013) consulté à [www.healthpolicyproject.com/ns/docs/Senegal\\_WestAfricaBriefs\\_Final.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/ns/docs/Senegal_WestAfricaBriefs_Final.pdf), 7 jan. 2017.
- 9 Enquête démographique et sanitaire (DHS) Stat Compiler, consulté à <http://www.statcompiler.com/en/>, le 6 jan. 2017.
- 10 République de Tunisie, "Plan Stratégique National de Lutte Contre L'Infection au VIH/SIDA et les IST 2006-2010," (2006), consulté à [www.africanchildforum.org/clar/policy%20per%20country/tunisia/tunisia\\_aids\\_2006-2010\\_fr.pdf](http://www.africanchildforum.org/clar/policy%20per%20country/tunisia/tunisia_aids_2006-2010_fr.pdf), le 6 jan. 2017; Ministère tunisien de la santé, "Plan Stratégique National de la Riposte au VIH/SIDA et aux IST 2015-2018 en Tunisie," (2015), consulté à [www.leaders.com.tn/uploads/FCK\\_files/PSN%20\(1\)%20\(1\)2015-2018%20version%20finale.pdf](http://www.leaders.com.tn/uploads/FCK_files/PSN%20(1)%20(1)2015-2018%20version%20finale.pdf), le 6 jan. 2017.
- 11 Nations Unies (ONU), "Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP): Document final du programme de pays de la Tunisie," (Juillet 2014), consulté à [www.unfpa.org/sites/default/files/portal-document/DP.FPA\\_CPD\\_TUN\\_9FinalcountryprogrammedocumentforTunisia.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/portal-document/DP.FPA_CPD_TUN_9FinalcountryprogrammedocumentforTunisia.pdf), le 6 jan. 2017.
- 12 Essia Ben Farhat et al., "Reduced Maternal Mortality in Tunisia and Voluntary Commitment to Gender-Related Concerns," *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 116, no. 2. (2012): 165-8; et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), UNICEF, FNUAP, Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies *Tendances de la mortalité maternelle: 1990-2015* (Genève: OMS, 2015).
- 13 National Council for Population and Development, "Kenya Adolescent Reproductive Health and Development Policy: Implementation Assessment Report," (Mai 2012), consulté à [www.prb.org/pdf13/kenya-policy-assessment-report.pdf](http://www.prb.org/pdf13/kenya-policy-assessment-report.pdf), le 6 jan. 2017.

- 14 Jacques B.O. Emina, "Landscape Analysis of Sex Education and Youth-Friendly Services in Kinshasa: Reviewing Policies, Strategies, Guidelines, Project Reports, and Other Relevant Publications, Final Report" (2014), communication personnelle.
- 15 Ministère de la santé, République démocratique du Congo (RDC), "Plan stratégique national de planification familiale à vision multisectorielle 2014-2020," (Septembre 2014), consulté à [http://advancefamilyplanning.org/sites/default/files/resources/PSN\\_PF\\_2014-2020\\_english\\_20140916'.pdf](http://advancefamilyplanning.org/sites/default/files/resources/PSN_PF_2014-2020_english_20140916'.pdf), le 6 jan. 2017.
- 16 Ministère du développement social, Afrique du Sud, "National Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Framework Strategy," (février 2015), consulté à [www.dsd.gov.za/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=578&Itemid=39](http://www.dsd.gov.za/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=578&Itemid=39), le 6 jan. 2017.
- 17 Venkatraman Chandra-Mouli et al., "Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights?," *Journal of Adolescent Health* 56, no. 1 (2015): S1-S6.
- 18 Laura Villa-Torres et Joar Svanemyr, "Ensuring Youth's Right to Participation and Promotion of Youth Leadership in the Development of Sexual and Reproductive Health Policies and Programs," *Journal of Adolescent Health* 56, no. 1 (2015): S51-S57; et Rutgers, *Essential Packages Manual: Sexual and Reproductive Health and Rights Programmes for Young People* (2016), consulté à [www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/Essential%20Packages%20Manual\\_SRHR%20programmes%20for%20young%20people\\_%202016.pdf](http://www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/Essential%20Packages%20Manual_SRHR%20programmes%20for%20young%20people_%202016.pdf), le 6 jan. 2017.
- 19 Kristin K. Mmari et Simran S. Sabherwal, "A Review of Risk and Protective Factors for Adolescent Sexual and Reproductive Behaviors in Developing Countries: An Update," *Journal of Adolescent Health* 53, no. 5 (2013): 562-72; et Jan-Walter De Neve et al., "Length of Secondary Schooling and Risk of HIV Infection in Botswana: Evidence From a Natural Experiment," *Lancet* 3, no. 8 (2015): 470-7.
- 20 UNFPA, *État de la population mondiale 2016: 10 Comment cet âge déterminant chez les filles conditionne notre avenir* (New York: UNFPA, 2016).
- 21 Margaret Greene et Tom Merrick, *The Case for Investing in Research to Increase Access to and Use of Contraception Among Adolescents* (Seattle: PATH, 2015).
- 22 Sarah Baird, Craig McIntosh, et Berk Özler, *Cash or Condition? Evidence From a Randomized Cash Transfer Program* (Washington, DC: Banque mondiale, 2010).
- 23 UNESCO, "Emerging Evidence, Lessons, and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review" (2015), consulté à [www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CSE\\_Global\\_Review\\_2015.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CSE_Global_Review_2015.pdf), le 6 jan. 2017.
- 24 Heather Boonstra, "Advancing Sexuality Education in Developing Countries: Evidence and Implications," *Guttmacher Policy Review* 11, no. 3 (2011): 17-23.
- 25 Venkatraman Chandra-Mouli, Catherine Lane, et Sylvia Wong, "What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices," *Global Health Science and Practice* 3, no. 3 (2015) 333-40.
- 26 Greene et Merrick, *The Case for Investing in Research to Increase Access to and Use of Contraception Among Adolescents*.
- 27 UNESCO, "Emerging Evidence, Lessons, and Practice in Comprehensive Sexuality Education."
- 28 Michelle J. Hindin et Adesegun Fatushi, "Exploration of Young People's Sexual and Reproductive Health Assessment Practices" consulté à [www.jhsph.edu/departments/population-family-and-reproductive-health/focal-areas/\\_pdfs/Exploration\\_of\\_Young\\_Peoples\\_Sexual\\_and\\_Reproductive\\_Health\\_Assessment\\_Practices\\_Final.pdf](http://www.jhsph.edu/departments/population-family-and-reproductive-health/focal-areas/_pdfs/Exploration_of_Young_Peoples_Sexual_and_Reproductive_Health_Assessment_Practices_Final.pdf), le 6 jan. 2017.

- 29 UNFPA, *État de la population mondiale 2016*.
- 30 OMS, "Quality Assessment Guidebook (Guide d'évaluation de la qualité)," (2009), consulté à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44240/1/9789241598859\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44240/1/9789241598859_eng.pdf), le 6 jan. 2017.
- 31 Chandra-Mouli, Lane, et Wong, "What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health."
- 32 Donna M. Denno, Andrea J. Hoopes, et Venkatraman Chandra-Mouli, "Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support," *Journal of Adolescent Health* 56, no. 1 (2015): S22-S41.
- 33 Jacques B.O. Emina, et al., "Identifying HIV Most-at-risk Groups in Malawi for Targeted Interventions: A Classification Tree Model," *British Medical Journal Open* 3, no. 5 (2013) DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002459; et Greene et Merrick, *The Case for Investing in Research to Increase Access to and Use of Contraception Among Adolescents*.
- 34 Marni Sommer, "Where the Education System and Women's Bodies Collide: The Social and Health Impact of Girls' Experiences of Menstruation and Schooling in Tanzania," *Journal of Adolescent* 33, no. 4 (2010): 521-9; et Jewitt and Ryley, "It's a Girl Thing".
- 35 Catalina Herrera and David Sahn, "The Impact of Early Childbearing on Schooling and Cognitive Skills Among Young Women in Madagascar," (2014) Centre D'Etudes et de Recherches sur le Développement International (CERDI), *Etudes et Documents* no. 28, consulté à <http://publi.cerdi.org/ed/2014/2014.28.pdf>, le 6 jan. 2017.
- 36 Nicola Branson et Tanya Byker, "Causes and Consequences of Teen Childbearing: Evidence from a Reproductive Health Intervention in South Africa," consulté à <https://ideas.repec.org/p/ldr/wpaper/166.html>, le 6 jan. 2017.
- 37 Donna M. Denno et al., "Reaching Youth With Out-of-Facility HIV and Reproductive Health Services: A Systematic Review," *Journal of Adolescent Health* 51, no. 2 (2012): 106-21.
- 38 IPPF, "Directives relatives aux jeunes et à l'avortement," consulté à [www.ippf.org/resources/youth-and-abortion-guidelines.pdf](http://www.ippf.org/resources/youth-and-abortion-guidelines.pdf), le 6 jan. 2017.
- 39 Joseph B. Babigumira et al., "Estimating the Costs of Induced Abortion in Uganda: A Model-Based Analysis," *BMC Public Health* 11, no. 1 (2011): 904.
- 40 Michael M. Mutua et al., "Factors Associated With Delays in Seeking Post-Abortion Care Among Women in Kenya," *BMC Pregnancy and Childbirth* 15, no. 241 (2015) DOI: 10.1186/s12884-015-0660-7.
- 41 Conférence régionale africaine sur l'avortement: de la recherche à la politique, "Déclaration," (2016), consulté à <http://abortionresearchtopolicy.org/en.aspx#Declaration>, le 6 jan. 2017.
- 42 Gervais Beninguisse, "Pauvreté et Besoins non Satisfaits en Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes à Yaoundé," (Août 2016), Union pour l'Etude et la Recherche sur la Population et le Développement, communication personnelle.
- 43 Eunice Muthengi et al., Adolescent Girls Initiative-Kenya: Qualitative Report, (Septembre 2016), consulté à [http://aphrc.org/wp-content/uploads/2016/10/AGI-K-Qualitative-Report\\_October-2016\\_FINAL.pdf](http://aphrc.org/wp-content/uploads/2016/10/AGI-K-Qualitative-Report_October-2016_FINAL.pdf), le 6 jan. 2017; et Hindin et Fatushi, "Exploration of Young People's Sexual and Reproductive Health Assessment Practices".
- 44 Monica B-G Blaaid et Reidun Kristina Malvik, "Women's Economic Empowerment-the Best Contraceptive? Results From a Long-Term Pilot Survey With Focus on Entrepreneurial Behavior" (2014), thèse de maîtrise, Norwegian School of Economics, consulté à [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/434439/Master\\_0620\\_FERDIG-2.pdf](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/434439/Master_0620_FERDIG-2.pdf), le 6 jan. 2017.

- 45 Oriana Bandiera et al., "Women's Empowerment in Action: Evidence From a Randomized Control Trial in Africa," Banque mondiale (Septembre 2014), consulté à <http://documents.worldbank.org/curated/en/998141468318840865/Womens-Empowerment-in-Action-evidence-from-a-randomized-control-trial-in-Africa>, le 6 jan. 2017.
- 46 Banque africaine de développement (BAD), "Indice de l'égalité du genre en Afrique 2015- Autonomiser les femmes africaines : Plan d'action," consulté à [www.afdb.org/en/documents/document/africa-gender-equality-index-2015-empowering-african-women-an-agenda-for-action-53123/](http://www.afdb.org/en/documents/document/africa-gender-equality-index-2015-empowering-african-women-an-agenda-for-action-53123/), le 6 jan. 2017.
- 47 Institute for Reproductive Health, Georgetown University, "The GREAT Project," consulté à [http://irh.org/wp-content/uploads/2015/07/GREAT\\_Results\\_Brief\\_global\\_07.10\\_8.5x11.pdf](http://irh.org/wp-content/uploads/2015/07/GREAT_Results_Brief_global_07.10_8.5x11.pdf), on Jan. 6, 2017.
- 48 Lana Clara Chikhungu et Madise, Nyovani, "Trends and Protective Factors of Female Genital Mutilation in Burkina Faso: 1999 to 2010," *International Journal for Equity in Health* 14, no. 1 (2015): 1-10.
- 49 Bettina Shell-Duncan, Reshma Naik, et Charlotte Feldman-Jacobs, *A State-of-the-Art Synthesis on Female Genital Mutilation and Cutting: What Do We Know? (Mise à jour octobre 2016)*, consulté à [www.popcouncil.org/uploads/pdfs/SOTA\\_Synthesis\\_2016\\_FINAL.pdf](http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/SOTA_Synthesis_2016_FINAL.pdf), le 6 jan. 2017.
- 50 BAD, *Economic Brief-Health in Africa Over the Next 50 Years*, consulté à [www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Economic\\_Brief\\_-\\_Health\\_in\\_Africa\\_Over\\_the\\_Next\\_50\\_Years.pdf](http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Economic_Brief_-_Health_in_Africa_Over_the_Next_50_Years.pdf), le 6 jan. 2017.
- 51 ONU, "Transformer notre monde: Le Programme de développement durable à l'horizon 2030," consulté à <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>, le 6 jan. 2017.
- 52 Center for Global Development, "Partnerships With the Private Sector in Health: What the International Community Can Do to Strengthen Health Systems in Developing Countries, Final Report of the Private Sector Advisory Facility Working Group," (Novembre 2009), consulté à [www.cgdev.org/files/1423350\\_file\\_CGD\\_PSAF\\_Report\\_web.pdf](http://www.cgdev.org/files/1423350_file_CGD_PSAF_Report_web.pdf), le 6 jan. 2017.





---

## POPULATION REFERENCE BUREAU

Le Population Reference Bureau **INFORME** les personnes à travers le monde sur les questions de population, de santé et d'environnement, et les **AIDE** à se servir de ces informations pour **PROMOUVOIR** le bien-être des générations d'aujourd'hui et de demain.

[www.prb.org](http://www.prb.org)

## POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW  
Suite 520  
Washington, DC 20009 USA

202 483 1100 **TÉLÉPHONE**  
202 328 3937 **TÉLÉCOPIE**  
popref@prb.org **COURRIEL**