

LE MARIAGE DES ENFANTS ET LA SANTÉ ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

Les filles mariées, ayant déjà été mariées, enceintes ou mères ont rarement la possibilité d'imposer leurs choix en matière de sexualité et de procréation. Elles ont également des besoins spécifiques auxquels les systèmes de soins de santé, d'éducation et de services sociaux répondent souvent de manière inadéquate^{1,2,3}. Aujourd'hui, 640 millions de filles et de femmes dans le monde ont été mariées avant l'âge de 18 ans⁴ et 12 millions de filles continuent d'être mariées chaque année⁵. Des mesures à l'ampleur du problème s'imposent pour veiller à ce que chaque fille et chaque femme puissent jouir de sa santé et de ses droits sexuels et reproductifs (SDSR)⁶.



IMAGE : Deux adolescentes se tiennent la main lors d'un atelier à Livingston, Guatemala.
Photo: Filles, Pas Epouses/Priscilla Mora Flores/Colectivo Nómada

Cette note d'information présente les liens entre le mariage des enfants^b et la SDSR ; les progrès réalisés depuis l'historique Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement ; des pratiques prometteuses ; et des recommandations établies conjointement avec les organisations membres de *Filles, Pas Epouses* à l'intention des gouvernements, des organismes des Nations Unies, des bailleurs de fonds et des organisations de la société civile.



Points principaux

- **Le mariage des enfants a pour cause profonde les inégalités de genre et prive les filles et les jeunes femmes de leurs droits fondamentaux**, dont leurs droits sexuels et reproductifs, et limite sévèrement leurs choix de vie. Nous pouvons améliorer considérablement la santé et le développement de millions d'enfants, d'adolescentes et de femmes de partout dans le monde en mettant fin au mariage des enfants et en améliorant l'accès à des services de SDSR abordables, de qualité et exempts de stigmatisation.
- **Le mariage des enfants est souvent suivi de grossesses précoces et a des effets négatifs sur la santé et le bien-être des adolescentes, des jeunes femmes et de leurs enfants.** Il augmente les risques de dépression, de violence conjugale, d'infections sexuellement transmissibles (IST), de cancer du col de l'utérus et de mortalité maternelle. Les bébés nés de mères adolescentes sont plus susceptibles de souffrir d'insuffisance pondérale à la naissance, de naître prématurément et de souffrir de complications néonatales sévères⁶.
- **Les adolescentes qui tombent enceintes peuvent être forcées de se marier**, surtout dans les contextes où la sexualité avant le mariage est taboue, la virginité est liée aux concepts de pureté et d'honneur familial⁷, les contraceptifs sont rares ou inaccessibles et l'accès à des services d'avortement médicalisés est limité⁸.
- **Une approche globale, multisectorielle, fondée sur les droits et promouvant l'égalité des genres – exécutée au moyen de partenariats – s'impose pour veiller à ce que chaque fille soit en mesure de :** choisir si, quand et avec qui elle souhaite avoir des relations sexuelles, se marier et avoir des enfants ; exiger des pratiques sexuelles sûres ; avoir accès à des services de SDSR adéquats et de qualité ; et bénéficier d'une meilleure santé sexuelle et reproductive.
- **L'objectif « zéro mariage d'enfant » et l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2030 constituent des engagements pris au niveau mondial**

¹Tels que définis par la Commission Guttmacher-Lancet, qui s'appuie sur des accords internationaux et régionaux, des rapports techniques et des lignes directrices. [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission.](#)

^bLe terme « mariage des enfants » englobe ici toutes les formes de mariages et d'unions d'enfants, précoces et forcés, officiels ou non, dont au moins une des parties n'a pas 18 ans.

^cLa santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, mental et social complet dans tous les aspects ayant trait à la sexualité et au système reproductif. Elle suppose que chaque personne peut avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans danger exempte de coercition et de discrimination, la capacité de procréer et la liberté de décider si, quand et à combien de reprises elles souhaitent procréer.

^dL'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'adolescence comme étant la période entre l'âge de 10 et de 19 ans.

Progrès en matière de SDR

Cela fait maintenant 30 ans que le [Programme d'action](#) a été adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire. Les participant·es à la Conférence ont reconnu que pour jouir du meilleur état de santé sexuelle et reproductive (SSR)^c, toute personne doit être libre d'exercer ses droits sexuels et reproductifs (DSR), notamment :



la liberté de décider si, quand et avec qui elle souhaite avoir des **relations sexuelles** ;



la liberté d'**expression sexuelle** ;



la liberté de contracter **mariage** avec consentement, de fonder une **famille** et de choisir le moment de procréer, l'espacement des naissances et le nombre d'enfants ;



l'accès à des **informations** et à des **moyens** de réaliser ses objectifs en matière de procréation ;



le droit de ne pas subir de discrimination, de traitement dégradant, de coercition et de violence.

Un appel sans précédent a également été lancé pour placer la SDR des adolescent·es^d au centre des préoccupations. Plus précisément, le Programme d'action appelle à ce que les politiques et les programmes « satisfassent particulièrement les besoins des adolescent[e-s] en matière d'enseignement et de services afin qu'ils [et elles] apprennent à assumer leur sexualité de manière positive et responsable⁹. »

Contre les reculs en matière de SDR

La santé et les droits sexuels et reproductifs sont menacés. De nombreuses crises (dont les effets persistants de la pandémie de COVID-19 et des crises humanitaires liées au climat et à des conflits) et des mouvements politiques bien organisés et financés hostiles aux droits et aux choix des filles et des femmes ont entraîné des reculs et nécessitent de renforcer notre vigilance et notre solidarité.

Les récentes oppositions et réactions négatives contre les initiatives de SDR dans le monde ont entraîné :

- une diminution du financement national des services pertinents ;
- l'érosion de la SSR ;
- un abandon de mesures pour l'égalité des genres ;
- une restriction des droits, ce qui inclut des dispositions législatives interdisant et sanctionnant certains comportements, expressions et identités sexuels.

Ces mouvements qui s'opposent aux droits et au bien-être de certaines personnes – surtout des filles, des femmes et des communautés marginalisées – menacent de saper des décennies de progrès en matière de promotion des droits reproductifs et de l'équité en matière de santé.

Souvent, dans les situations de crise, le financement manque et la SDR est reléguée au second plan, ce qui entraîne également des conséquences graves et possiblement à long terme^{19, 20} sur les enfants, les adolescent·es et les femmes les plus marginalisé·es.

Pour répondre au double défi que représentent les mouvements anti-SDSR et les contextes de crise, nous aurons besoin **de collaboration entre les gouvernements, les organisations de la société civile et les organismes internationaux ; de solidarité à l'appui des soins collectifs ; et d'approches exhaustives centrées sur les filles, fondées sur les droits et intersectorielles** – c'est-à-dire, des approches qui tiennent compte des effets concomitants de facteurs comme le genre, l'âge, la classe sociale, la sexualité, l'ethnie, la caste et la citoyenneté.

IMAGE: Manifestation Roe v Wade, Pittsburgh, États-Unis.
Photo: Mark Dixon.





En bref : les progrès depuis 1994

Depuis la CIPD, des progrès considérables ont été réalisés en matière de SDR, mais ceux-ci ont été inégaux et inéquitables :

La SDR et le mariage des enfants ont occupé une place importante dans

les forums et les accords internationaux

notamment dans les Objectifs du Millénaire, les Objectifs de développement durable (ODD) et la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)¹⁰. Les ODD contiennent également une cible visant à mettre fin au mariage des enfants à l'horizon de 2030.

Les femmes mariées avant l'âge de 18 ans ayant subi une grossesse non désirée sont

5 fois

plus susceptibles de souffrir de troubles de santé mentale, selon de récentes données du Zimbabwe²⁰.

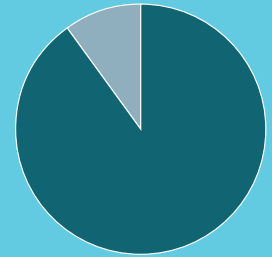
Le taux de natalité chez les adolescentes a diminué : il est passé de 64,5 naissances pour 1 000 adolescentes (15-19 ans) en 2000 à 41,3

12 millions

naissances en 2023. Cependant, selon les estimations, d'adolescentes de pays à revenu faible ou intermédiaire mettent au monde des enfants chaque année²¹.

90%

des adolescentes qui mettent au monde des enfants sont mariées ou unies²².



Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, environ

un quart

des grossesses chez les adolescentes se terminent par un avortement, souvent dans des conditions dangereuses²³.



Moins de

1 fille sur 3

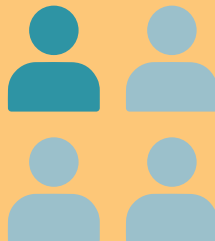


âgées de 15 à 24 ans dans le monde ont des connaissances complètes et exactes sur le VIH²⁴.

Dans 69 pays,

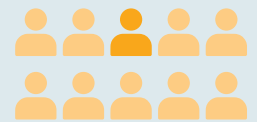
un quart des femmes

ne sont toujours pas libres de prendre les décisions les plus fondamentales concernant leur santé²⁵.



Près de

1 femme sur 10



n'a pas son mot à dire en matière de contraception²⁶.

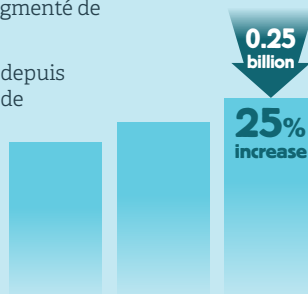
Le recours à la contraception a augmenté de

25%

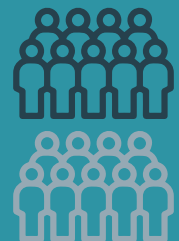
dans le monde depuis 1994, mais près de

0,25 milliard

de femmes en âge de procréer n'ont pas accès à des méthodes contraceptives modernes²⁴.



Environ la **moitié** des femmes mariées vivant un pays touché par une crise humanitaire qui souhaitent éviter de tomber enceinte n'utilisent aucune forme de contraception, ce qui inclut les méthodes modernes et traditionnelles²⁵.



Le taux mondial de mortalité maternelle a diminué de

34%

entre 2000 et 2020, mais les progrès ont été inégaux : la situation a stagné dans 133 pays et s'est détériorée dans 17 autres depuis 2015²⁶.



On estime que

plus de la moitié

des décès maternels évitables

(500 décès par jour)

surviennent dans des pays touchés par des crises humanitaires et des conflits²⁷.



Les données les plus récentes sur le mariage des enfants et la SDR

Le mariage des enfants et la sexualité des adolescentes

Quand et avec qui les filles et les femmes commencent-elles à avoir des rapports sexuels ? Bien souvent, cette décision ne leur appartient pas, en violation de leurs droits sexuels et reproductifs fondamentaux. La volonté de contrôler la sexualité féminine et de préserver la virginité avant le mariage figure souvent parmi les principaux facteurs qui poussent les parents à marier leur fille précocement²¹. Le mariage des enfants peut donc priver les filles de leur droit de prendre des décisions concernant leur santé et leur sexualité. À l'inverse, le risque de grossesse involontaire est considérablement réduit chez les filles ayant le contrôle de leurs propres choix en matière de sexualité. La disponibilité et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes ont des effets bénéfiques sur la santé reproductive. L'acquisition d'une autonomie sexuelle peut avoir une incidence sur d'autres décisions importantes liées à la santé reproductive, notamment en ce qui concerne le moment d'avoir des relations sexuelles, la planification d'une grossesse et le recours à des moyens de contraception²².

Même lorsque des services existent, les attitudes négatives vis-à-vis de la sexualité des adolescentes peuvent empêcher ces dernières d'accéder à des services de SDR. Les prestataires refusent souvent de fournir des services de contraception, d'avortement et de dépistage et de prévention du VIH aux personnes qu'ils et elles considèrent comme trop jeunes pour avoir des relations sexuelles, comme les adolescents non mariés^{23,24}. Les filles mariées peuvent également subir la stigmatisation des prestataires de services en raison de normes sociales qui stipulent qu'une jeune mariée doit avoir des enfants peu de temps après le mariage, ainsi qu'en raison de mythes selon lesquels seules certaines méthodes contraceptives conviennent aux jeunes femmes supposées fonder une famille²⁵.

Les lois et les réglementations régissent la mise en œuvre des politiques, des programmes et des services liés à la SDR ; elles peuvent faciliter ou restreindre l'accès aux services et la réalisation du droit à la santé et des droits humains²⁶. Les législations imposent souvent des restrictions juridiques aux services de SDR, surtout en ce qui concerne l'avortement, la contraception et l'éducation complète à la sexualité. Dans de nombreux contextes, les adolescentes et les jeunes femmes qui cherchent à obtenir des services d'avortement ou de contraception sont touchées de manière disproportionnée par des restrictions juridiques et réglementaires leur bloquant l'accès à des services de SDR²⁷.

La combinaison de normes sociales restrictives et de lois sur l'âge de consentement crée des obstacles considérables pour les adolescent-e-s sexuellement actif-ve-s qui souhaitent obtenir des services de SDR essentiels :

- Bien souvent, les lois sur l'âge de consentement sexuel ne disposent pas d'exceptions claires pour les relations sexuelles consensuelles entre pairs n'ayant pas atteint l'âge minimum légal, ce qui signifie que **les adolescent-e-s peuvent être poursuivi-e-s pour des relations sexuelles consensuelles**. Lorsque l'âge minimum de consentement sexuel est élevé, l'accès des adolescent-e-s à ces services est encore plus restreint.

- Souvent, des lois comme celles sur le consentement parental ou de l'époux **restreignent également l'accès à des traitements médicaux, à des informations sur la SSR et à des services de SSR**, notamment l'accès à des contraceptifs et à l'avortement²⁸.
- **Le droit pénal est souvent utilisé par des adultes, principalement des parents, pour renforcer les normes dominantes au détriment de l'autonomie des filles.** Au Salvador, la loi sur le consentement sexuel est perçue comme un outil visant à prévenir les relations sexuelles des jeunes et on l'utilise principalement pour mettre fin à des relations que les parents désapprouvent ou dans les cas de grossesses adolescentes²⁹. En Inde et au Népal, des parents utilisent les lois sur le mariage et le consentement sexuel pour tenter des poursuites criminelles contre le mari de leur fille dans les cas de fuite amoureuse ou de mariage effectué à l'initiative des jeunes, surtout lorsque les membres du couple appartiennent à des castes différentes³⁰.

Ne pas tenir compte des capacités évolutives^e des adolescent-e-s porte atteinte à leur droit à la santé, surtout à leur SDR. En Inde, la Loi sur la protection des enfants contre les délits sexuels catégorise toute activité sexuelle chez les moins de 18 ans comme une forme d'exploitation préjudiciable, sans égard à la notion de consentement, et impose aux professionnel-le-s de la santé de signaler tout cas de grossesse chez une fille de moins de 18 ans³¹. Par conséquent, des médecins refusent de traiter des adolescentes enceintes pour ne pas avoir de démêlés avec la justice.

Le mariage des enfants, l'éducation des filles et l'éducation complète à la sexualité

De nombreuses études attestent d'une corrélation positive entre l'accroissement du taux de scolarisation des filles et l'amélioration des résultats en matière de SDR, notamment un âge de mariage plus élevé, un recours accru à la contraception, un âge plus élevé à la naissance du premier enfant et une utilisation accrue des services de santé³². Dans 15 pays d'Asie et d'Afrique, un test a révélé que les connaissances en matière de VIH/sida étaient supérieures chez les filles ayant terminé leurs études secondaires que chez celles n'ayant reçu qu'une éducation primaire³³. L'éducation peut contribuer de manière essentielle à réaliser l'égalité des genres et à améliorer les compétences et les connaissances des filles, ainsi que leur capacité à remettre en question les normes discriminatoires et à protéger leurs SDR³⁴. Par ailleurs, les programmes qui améliorent la santé et la nutrition des filles et appuient leur développement socio-émotionnel – y compris les programmes de SDR et d'hygiène menstruelle – peuvent contribuer à éliminer les obstacles à la rétention et à la réussite scolaires des filles³⁵.

La protection contre le mariage des enfants découlant de l'éducation est à son maximum au niveau secondaire³⁶, un niveau où les établissements scolaires contribuent également de manière essentielle à aiguiller les adolescentes vers des informations et des services de SDR et vers des adultes bienveillant-e-s. Pour remédier au mariage des enfants, nous avons besoin de solides systèmes de signalement, d'aiguillage et d'intervention adaptés aux adolescent-e-s dans les écoles et les communautés. La formation et la sensibilisation des enseignant-e-s, des élèves, des membres de la communauté et des autorités locales sont également importantes, ainsi que la collaboration avec les organismes et prestataires de services publics pertinents³⁷.

^eCapacités évolutives : développement progressif de la capacité des jeunes d'assumer pleinement leurs actions et décisions. Appliquer ce principe, cela implique d'avoir conscience de l'évolution de la relation entre les parents et l'enfant à mesure que l'enfant grandit et de se concentrer sur la capacité plutôt que l'âge comme facteur déterminant dans l'exercice des droits humains.

^fSelon la définition de l'UNESCO, **l'éducation complète à la sexualité** est « un programme d'enseignement et d'apprentissage portant sur les aspects cognitifs, affectifs, physiques et sociaux de la sexualité. Elle a pour objectif d'inculquer aux enfants et aux jeunes les connaissances, les compétences, les idées et les valeurs qui les habiliteront à : assurer leur santé, leur bien-être et leur dignité ; développer des relations sociales et sexuelles respectueuses ; et tenir compte de l'incidence de leurs choix sur leur propre bien-être et celui des autres. »

Un mariage d'enfant peut entraîner une grossesse précoce et vice versa, et tous deux ont une incidence négative sur l'éducation et la santé des filles. Le mariage des enfants et les grossesses précoces peuvent pousser les filles à quitter l'école ou les en exclure en raison de l'absence de politiques de retour aux études adéquates, de mesures punitives ou discriminatoires à l'endroit des filles enceintes et de la stigmatisation³⁸. L'accès à des programmes d'éducation complète à la sexualité (ECS)^f peut contribuer à prévenir les grossesses précoces et involontaires, et la création d'environnements d'apprentissage favorables et de solides politiques de retour aux études peut aider les adolescentes enceintes ou mères à retourner sur les bancs d'école^{39,40}.

Parallèlement aux mesures visant à prévenir l'abandon scolaire et à soutenir le retour aux études des filles, l'existence de cliniques mobiles de SSR, de programmes d'espaces sûrs et de points de service unique pour la santé, l'aide juridique, le soutien psychosocial et les aiguillages pourrait contribuer de manière efficace à atteindre **les adolescentes qui ne fréquentent pas l'école**.

En bref : les obstacles politiques à l'ECS et à la SDR

La pression exercée par des mouvements hostiles aux droits a amené des États à faire marche arrière en matière d'ECS.

En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'ECS est l'un des engagements du [Consensus de Montevideo sur la population et le développement](#) ayant le moins progressé.

Certains pays (comme l'Argentine, le Mexique et le Venezuela) ont actualisé leur programme d'ECS, tandis que d'autres ont retiré leur programme ou ont rendu optionnelle l'ECS dans les établissements publics (Salvador, Mexique, Panama et Uruguay).

Pour en savoir plus, nous vous invitons à consulter cette analyse de Mira que te Miro publiée en 2023 : [10 años del Consenso de Montevideo: Una mirada desde la iniciativa de monitoreo social](#).

Une ECS efficace donne aux filles et aux garçons des informations précises sur la SDR, ce qui leur permet de développer d'importantes compétences pratiques pour faire des choix sûrs et sains, réduisant la possibilité de comportements sexuels à risque^g. En abordant des sujets comme le consentement, l'ECS joue un rôle essentiel dans la prévention de la violence sexuelle et basée sur le genre et réduit le risque de grossesses non planifiées et d'IST⁴¹. Les données montrent qu'une ECS qui comprend des discussions sur le genre et le pouvoir à partir d'un jeune âge, conformément aux capacités évolutives des jeunes, a une incidence positive sur les résultats en matière de SDR⁴².

Dans les contextes où la sexualité des adolescent-e-s est taboue, l'ECS pourrait être absente des écoles, les sujets clés pourraient être supprimés et discuter de la sexualité et de la SDR pourrait être découragé. Les adolescentes qui n'ont pas accès à des informations exactes sur la SDR ne disposent pas des connaissances de base leur permettant de se protéger contre les grossesses involontaires et les IST. Par exemple, une fille mal informée sur le VIH pourrait être moins encline à exiger le port du condom ou d'autres pratiques sexuelles sûres⁴³. Seulement 30 % des filles âgées de 15 à 24 ans dans le monde ont des connaissances complètes et exactes sur le VIH⁴⁴. De même, le manque de connaissances sur les menstruations, conjugué à

la précarité menstruelle^h et à l'absence d'installations sanitaires et de toilettes privées et sûres, peut pousser les filles à abandonner l'école prématurément⁴⁵, ce qui a pour effet d'accroître le risque de mariage d'enfant et de résultats globalement néfastes pour la SDR.



Étude de cas : démystification et soutien pratique à l'hygiène menstruelle au Nigeria

***Dorinda**, une militante pour l'égalité des genres de la [Child and Youth Protection Foundation](#) (« Fondation pour la protection des enfants et des jeunes ») a collaboré avec les administrations scolaires, des bénévoles communautaires et des clubs « Je suis une fille, pas une épouse » dans trois écoles pour remédier au mariage des enfants, à la sensibilisation à la SDR et aux besoins des adolescentes en matière de santé menstruelle.*

Des **clubs de filles** ont servi d'espace où les filles ont partagé des connaissances, gagné en confiance et noué des liens de solidarité avec leurs pairs eu égard aux menstruations et à la SDR tout en éliminant les idées fausses et la stigmatisation. Une initiative de **banque de serviettes hygiéniques** offrant des produits d'hygiène menstruelle a également été lancée par l'entremise de ces clubs et a contribué à améliorer la fréquentation et les résultats scolaires des filles.

En participant à ce processus, les filles, les enseignantes et les enseignants sont devenu-e-s des militant-e-s pour l'amélioration de la SDR et pour la fin du mariage des enfants dans leur communauté.



Petit conseil ! L'incidence de telles interventions peut être mesurée en effectuant un **suivi** de la fréquentation et de la réussite scolaires, ainsi qu'au moyen d'entretiens avec les filles, les enseignant-e-s et les autres membres de l'administration scolaire.

Le mariage des enfants et les grossesses chez les adolescentes

Quatre-vingt-dix pour cent des adolescentes qui mettent au monde des enfants sont mariées, ce qui représente des millions de filles et d'adolescentes dans le monde⁴⁶. Selon les estimations, 21 millions de filles âgées de 15 à 19 ans et 2 millions de filles de moins de 15 ans tombent enceintes chaque année dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; environ la moitié de ces grossesses sont imprévues^{47,48,49}. Environ 16 millions de filles âgées de 15 à 19 ans et 2,5 millions de filles de moins de 16 ans donnent naissance chaque année⁵⁰.

Le taux de natalité chez les adolescentes a diminué à l'échelle mondiale, mais les progrès ont été inégaux. Le taux mondial de natalité chez les adolescentes est passé de 64,5 naissances pour 1 000 adolescentes (15-19 ans) en 2000 à 41,3 naissances en 2023, et la diminution la plus marquée a été observée en Asie du Sud⁵¹. Cette diminution a été relativement plus lente dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes et celle de l'Afrique de l'Ouest, du Centre, de l'Est et australe, qui possèdent toujours les taux les plus élevés du monde à 99,4 et 52,1 naissances pour 1 000 adolescentes, respectivement⁵².

^gParmi les comportements sexuels reconnus comme pouvant être néfastes à la santé, on compte la précocité sexuelle, le non-emploi de contraceptifs, les relations sexuelles multiples et simultanées, les rapports sexuels transactionnels et les activités sexuelles sous l'influence de drogues et/ou de l'alcool.

^hLa précarité menstruelle est une injustice sociale mondiale touchant les personnes n'ayant pas accès à des produits de gestion menstruelle, que ce soit pour des raisons financières ou autres.

ⁱTaux de natalité des filles âgées de 15 à 19 ans.



En bref : les grossesses chez les adolescentes et l'avortement⁷³

- Environ **21 millions** d'adolescentes (15-19 ans) de pays à revenu faible ou intermédiaire tombent enceintes chaque année.
- Environ **la moitié** de ces grossesses sont involontaires.
- **Plus de la moitié** (55%) de ces grossesses involontaires se terminent par un avortement (souvent non médicalisé).

Autrement dit, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, environ

un quart des grossesses chez les adolescentes se terminent par un avortement, souvent dans des conditions dangereuses.

médicalisés et risquent donc de causer des complications, et même la mort⁷⁰. En 2017, 47 % des femmes en âge de procréer vivent dans des pays où l'avortement fait l'objet de restrictions sévères. Ces femmes doivent soit mener à terme leur grossesse non désirée, soit avoir recours à un avortement non médicalisé ou à des méthodes d'avortement non approuvées qui mettent leur santé et leur vie en danger⁷¹. Les adolescentes mariées – qui sont souvent isolées, contrôlées et économiquement dépendantes de leur partenaire et de leur belle-famille – s'exposent à des risques encore plus grands. Des décennies de données montrent que les avortements non médicalisés contribuent à la mortalité maternelle. Il est estimé qu'entre 8 et 11 % de tous les décès maternels sont attribuables à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et que les adolescentes sont plus susceptibles d'utiliser les services de prestataires dangereux⁷².

Le mariage des enfants et la santé maternelle et infantile

Les complications pendant la grossesse et l'accouchement figurent invariablement parmi les principales causes de décès chez les filles de 15 à 19 ans dans le monde, en majeure partie dans les pays à revenu faible ou intermédiaire^{74, 75}. Parmi les complications les plus courantes pendant l'accouchement, on compte l'hypertension, l'hémorragie, le travail prématuré, les infections générales et l'obstruction du travail. Ces complications en grande partie évitables sont plus susceptibles de toucher les filles de 15 à 19 ans que celles à peine plus âgées^{76, 77}. Les adolescentes courent également un risque accru de complications postnatales. Jusqu'à 86 % des cas de fistules obstétricales se produiraient chez des filles de moins de 18 ans⁷⁸.



En bref : le mariage des enfants et la santé infantile

Selon une étude de la Banque mondiale et du Centre international de recherche sur les femmes⁸⁴, la fin du mariage des enfants aurait les effets suivants sur une période de 15 ans :

2.2 millions

d'enfants supplémentaires pourraient franchir l'âge de 5 ans ;

3.6 millions

d'enfants supplémentaires pourraient éviter des retards de croissance.

Dans de nombreux contextes, le mariage des enfants favorise les grossesses chez les adolescentes, car les filles subissent une forte pression sociale pour prouver leur fertilité et elles ne disposent pas de moyens ni d'outils pour y résister⁵³.

Aussi, leur opinion compte peu en ce qui concerne la question de déterminer quand elles auront des enfants et combien, en violation de leurs droits sexuels et reproductifs fondamentaux. Les bébés nés de mères adolescentes sont plus susceptibles de souffrir d'insuffisance pondérale à la naissance, de naître prématurément et de souffrir de complications néonatales sévères⁵⁴.

Dans certains contextes, la grossesse d'une adolescente entraîne un mariage d'enfant, surtout si la sexualité des filles est taboue avant le mariage^{55, 56, 57} – comme en Afrique de l'Ouest, du Centre, de l'Est et australe et en Asie du Sud – et que la notion de virginité est liée aux concepts de pureté et d'honneur familial⁵⁸. Ce lien est courant dans les contextes où les moyens de contraception sont rares ou inaccessibles et les services d'avortement sûrs sont limités⁵⁹.

Les femmes mariées avant l'âge de 18 ans ayant subi une grossesse non désirée sont cinq fois plus susceptibles de souffrir de troubles de santé mentale, selon de récentes données du Zimbabwe⁶⁰. Les faits le montrent : les filles et les femmes ayant subi un mariage pendant l'enfance sont plus susceptibles de souffrir d'un éventail de problèmes de santé mentale (mauvaise estime de soi, anxiété, dépression, pensées suicidaires et autres), mais les services d'aide sont limités et manquent de ressources^{61, 62}. Plus une fille se marie jeune, plus l'effet est important, et les conséquences peuvent être aggravées par les violences sexuelles, les grossesses non désirées, le divorce/la séparation/la mort de l'époux et les conflits ou les crises⁶³.

Le mariage des enfants et l'accès à services d'avortement médicalisé et de soins après avortement

Les liens entre le mariage des enfants et les services d'avortement médicalisé et de soins après avortement sont multiformes et étroitement liés à la question de la SDRS.

Le manque d'accès à la contraception, l'absence d'information et d'éducation et des niveaux élevés de violence sexuelle comptent parmi les facteurs de grossesses involontaires chez les adolescentes^{64, 65}. Bien souvent, les filles mariées ont un contrôle encore plus restreint sur leurs choix en matière de procréation, y compris la décision de mettre fin à une grossesse⁶⁶. Ce manque d'autonomie peut mener à des grossesses non désirées et à leur poursuite forcée.

Une forte proportion de grossesses dans le monde sont déclarées comme involontaires. La proportion de naissances de mères de moins de 20 qui sont le fruit d'une grossesse involontaire est de plus de 40 % dans plus d'un tiers des pays d'Afrique et de plus de 50 % dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes⁶⁷.

À l'échelle mondiale, 61 % des grossesses involontaires se terminent par un avortement, ce qui montre l'importance d'avoir accès à des services d'avortement médicalisé et de soins après avortement¹. Les données sur l'avortement chez les adolescentes sont rares, mais selon une analyse du Guttmacher Institute de 2019, 55 % des grossesses involontaires chez les adolescentes de 15 à 19 ans dans les pays à faible ou à moyen revenu se termineraient par un avortement volontaire⁶⁸.

Il n'a jamais été démontré que l'imposition de restrictions entraîne une diminution des taux d'avortement⁶⁹, mais une quantité de données et de témoignages montrent que lorsque des restrictions existent, les avortements sont souvent non

¹Les soins après avortement désignent le traitement des complications découlant des tentatives d'avortement au moyen de méthodes non approuvées. Parmi les indicateurs de base permettant d'évaluer la qualité des soins après avortement, on compte la fourniture de contraceptifs immédiatement après le traitement en vue de prévenir d'autres grossesses involontaires.

^kL'avortement volontaire désigne l'interruption volontaire de la grossesse, par opposition à l'avortement spontané (ou fausse couche).



Études de cas : l'éducation par les pairs dans les communautés et les établissements de soins de santé en Ouganda

L'hôpital de l'Amitié Chine-Ouganda possède une zone réservée aux « services pour les jeunes, par les jeunes » offerts par des pairs éducateurs de la communauté ayant reçu une formation à cette fin. Cette initiative est mise en œuvre par le Département de santé communautaire et soutenue par le Réseau de santé des jeunes Naguru.

Cet endroit réservé aux jeunes dispose de matériel récréatif et d'éducation ludique qui retient l'attention des jeunes alors qu'ils et elles attendent de recevoir des services cliniques. Ces services sont assurés par des professionnels de la santé ayant suivi une formation dans la **prestation de services adaptés aux jeunes**.

La clientèle mensuelle est passée de 118 à 500 personnes la première année (2012-2013) de l'initiative et atteint maintenant 1 000 personnes grâce aux recommandations de **pairs dans la communauté**.



Petit conseil ! Cette réussite repose sur la **sélection minutieuse de pairs éducateurs** (selon l'âge, le genre et les comportements à risque) ayant la confiance de la communauté, ce qui favorise des discussions plus ouvertes.

La pauvreté urbaine, les déplacements et les crises humanitaires exacerbent les problèmes d'accès des adolescent-e-s,

surtout les adolescentes vivant dans des implantations sauvages ou des camps pour personnes réfugiées ou déplacées dans leur propre pays. Ces adolescentes s'exposent à des risques accrus et leur accès à des services de SDRS de qualité est plus limité⁹⁶.

Même lorsque les moyens de contraception sont accessibles, leur utilisation comporte des obstacles. En raison de la pression sociale qui exige de démontrer sa fécondité, les adolescentes mariées peuvent être contraintes d'utiliser des moyens de contraception en secret. Les adolescentes non mariées peuvent avoir de la difficulté à exiger l'utilisation de contraceptifs en raison de la stigmatisation qui leur est associée. Et même si elles insistent, souvent, elles ne savent pas comment bien les utiliser⁹⁷.

Le mariage des enfants et le VIH

À l'échelle mondiale, les jeunes femmes sont deux fois plus susceptibles de contracter le VIH que leurs homologues masculins.

En 2022, quatre nouvelles infections au VIH d'adolescent-e-s sur cinq touchaient des filles⁹⁸. En plus d'être la région la plus lourdement touchée par le VIH⁹⁹, l'Afrique de l'Est et australe est celle possédant le deuxième taux de prévalence du mariage des enfants le plus élevé du monde, à 32 %¹⁰⁰. Même si le nombre de nouvelles infections au VIH et le nombre de décès liés au sida ont considérablement diminué dans la région, ces diminutions diffèrent d'un pays et d'une population à l'autre. Les femmes et les adolescentes de 15 ans et plus sont de loin les plus touchées. En 2022, elles représentaient 61 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans la région, et comparativement à leurs homologues masculins dans le même groupe d'âge et aux femmes plus âgées, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont exposées à des risques plus élevés de contracter le VIH¹⁰¹.

Certains des facteurs qui exposent les filles à un risque accru de contracter le VIH sont les mêmes qui les rendent vulnérables au mariage des enfants. Parmi ces facteurs, on compte un faible niveau de scolarité et les inégalités de genre, qui limitent la capacité des filles à prendre des décisions concernant leur santé, leurs partenaires sexuels, l'utilisation de contraceptifs, le choix de contraceptifs, l'époux et le moment du mariage^{102,103}.

Dans certains contextes, le mariage des enfants peut exposer les filles à un risque accru de contracter le VIH. Les filles mariées avant leurs 18 ans ont souvent des relations sexuelles

Le racisme systémique dans les services de santé reproductive contribue de manière considérable à la mortalité maternelle et entrave l'accès des filles et des femmes marginalisées à des services de santé⁷⁹.

La plupart des pays ne possèdent pas de données ventilées à ce sujet, mais les taux beaucoup plus élevés de décès maternel chez les femmes noires par rapport aux femmes blanches au Royaume-Uni et aux États-Unis suggèrent que des formes de discrimination et d'exclusion persistantes – et non pas uniquement le manque de ressources – jouent un rôle considérable dans de nombreuses inégalités de SDRS dans le monde^{80,81}. Au Royaume-Uni, les femmes noires sont quatre fois plus susceptibles de mourir de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement que les femmes blanches⁸².

Les bébés nés d'une adolescente courent de plus grands risques pour la santé – et même pour la vie – que ceux nés d'une mère adulte.

Ces nouveau-nés sont également plus susceptibles de souffrir d'insuffisance pondérale et de mauvais état nutritionnel tout au long de leur enfance⁸³.

Le mariage des enfants et l'accès à la contraception

L'utilisation de méthodes contraceptives modernes constitue l'un des moyens les plus efficaces de minimiser le risque de grossesses involontaires.

Grâce à la contraception, les filles et les femmes peuvent elles-mêmes choisir si, quand et avec qui elles souhaitent avoir des enfants et elles sont mieux à même de se protéger contre les IST, dont le VIH⁸⁵.

Les adolescentes mariées sont celles qui utilisent le moins les contraceptifs et qui ont les taux les plus élevés de besoins non satisfaits en la matière, avec pour résultat des taux élevés de grossesses involontaires⁸⁶.

De légers progrès ont été observés dans l'utilisation de la contraception, mais un tiers des femmes âgées de 15 à 49 ans n'ont toujours pas accès à des méthodes contraceptives modernes⁸⁷. Les taux les plus élevés de besoins non satisfaits en matière de contraception sont chez les adolescentes de 15 à 19 ans (39,1 %) et les jeunes femmes de 20 à 24 ans (33 %) ⁸⁸.

L'attitude des prestataires représente le principal obstacle bloquant l'accès des adolescentes à des services de contraception et d'avortement⁸⁹.

Les prestataires refusent parfois de fournir des contraceptifs ou des services d'avortement aux adolescentes en raison de leur âge ou parce qu'ils ou elles réproouvent les relations sexuelles avant le mariage. Les adolescentes signalent souvent éviter les services de santé sexuelle par crainte de s'exposer à des reproches ou à des punitions⁹⁰. Même les prestataires disposé-e-s à fournir des contraceptifs pourraient limiter cette offre à des méthodes moins efficaces à court terme parce qu'ils ou elles s'imaginent (à tort) que les autres méthodes ont certains effets sur les jeunes, notamment des effets sur la fertilité⁹¹.

Il est également difficile pour les adolescentes mariées d'avoir accès à l'éventail complet de méthodes contraceptives en

raison de leur âge, de l'imposition du consentement de l'époux par les prestataires de services et l'idée selon laquelle les filles devraient avoir un enfant peu de temps après s'être mariées^{92,93}.

En plus des obstacles qui se dressent devant les personnes de tous âges dans les contextes de revenu faible ou intermédiaire (comme les coûts, la distance des services et l'offre limitée de méthodes de contraception), les adolescent-e-s se heurtent à des obstacles d'accès supplémentaires.

Parmi ces obstacles, on compte les heures d'ouverture des cliniques, qui pourraient ne pas être compatibles avec l'horaire scolaire ; l'emplacement indiscret ou peu pratique des cliniques ; et des lois, politiques et pratiques qui exigent un consentement parental ou interdisent la fourniture de contraceptifs à des adolescent-e-s non marié-e-s ou aux personnes d'un certain âge⁹⁴. Souvent, les adolescent-e-s craignent les moyens de contraception en raison de mythes et d'idées fausses sur leurs effets secondaires et redoutent la stigmatisation liée à leur utilisation⁹⁵.

fréquentes et non protégées, pourraient être mariées à des hommes plus âgés pouvant avoir de nombreux partenaires sexuels, n'ont souvent pas suffisamment d'ascendant pour exiger des relations sexuelles protégées ou l'accès à des services de SDRS vitaux, et peuvent afficher des taux élevés de violence conjugale, ce qui augmente leur risque de contracter le VIH¹⁰⁴.

Le mariage des enfants et la violence conjugale/la violence à l'égard des femmes et des filles

Près d'une femme sur trois dans le monde a subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours de sa vie, principalement de la part d'un partenaire intime¹⁰⁵. La violence à l'égard des femmes et des filles prend de nombreuses formes, dont le mariage forcé. Elle expose les filles et les femmes à un risque accru de violence sexuelle, physique et psychologique et de conséquences connexes comme des problèmes de santé – notamment en matière de SDRS, de santé mentale et de santé psychosociale – tout au long de leur vie¹⁰⁶.

Les filles et les femmes qui se marient avant l'âge de 18 ans sont plus susceptibles d'être victimes de violence de la part de leur partenaire ou de sa famille. Plus la différence d'âge entre la fille et le mari est grande, plus le risque de violences conjugales est important¹⁰⁷.

La violence conjugale et les autres formes de violence à l'égard des femmes et des filles constituent des violations des droits humains et sont liées à des conséquences néfastes pour la SDRS, notamment les grossesses involontaires, les avortements volontaires, les problèmes gynécologiques et les IST, dont le VIH. La violence conjugale pendant une grossesse augmente également le risque de fausse couche, de mortinaissance, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale à la naissance¹⁰⁸.

En bref : le mariage des enfants et la violence sexuelle et conjugale

Les filles qui se marient avant l'âge de 15 ans sont

**près de
50%
plus susceptibles**

d'être victimes de violence conjugale physique ou sexuelle que celles mariées après leur 18^e anniversaire¹⁰⁹.

D'après des données récentes du Lesotho, de Namibie et du Zimbabwe¹¹⁰.

un quart des filles et des femmes mariées avant l'âge de 18 ans ayant subi des violences sexuelles pendant leur enfance signalent avoir vécu une détresse psychologique au cours du dernier mois.

Les femmes ayant subi des violences sexuelles pendant leur enfance sont **2,5 fois plus susceptibles** de souffrir de détresse psychologique.

Le mariage des enfants et la SDRS dans le contexte de polycrise

La polycrise (séquelles de la pandémie de COVID-19, conflits et crise climatique) est à l'origine d'une augmentation des taux de mariages d'enfants. Pour chaque décuplement du nombre de décès liés aux conflits, les taux de mariages d'enfants augmentent de 7 %, tandis que pour chaque changement de 10 % dans les précipitations en raison des changements climatiques, les taux de mariages d'enfants augmentent de 1 %³.

Dans les contextes de conflit ou de crise, l'accès des filles à des services de protection essentiels comme l'éducation, les services de protection contre la violence basée sur le genre et les services de SDRS peuvent être gravement perturbés.

Les établissements d'enseignement peuvent être la cible d'attaques directes, ce qui expose les filles au risque de violence sexuelle et de traite et pousse certaines personnes à considérer le mariage des enfants comme un moyen de protéger les filles. Les filles mariées, enceintes ou élevant des enfants sont très peu susceptibles de retourner aux études lors de la réouverture des écoles, ce qui limite encore plus leur accès à une ECS et à d'autres sources d'information et de soutien¹¹¹.

Il est prédit que la COVID-19 entraînera 10 millions de mariages d'enfants supplémentaires au cours de la prochaine décennie, notamment en raison de la perturbation des services de SDRS et d'autres services protecteurs¹¹². La pandémie a perturbé l'utilisation de contraceptifs d'environ 12 millions de femmes, ce qui a entraîné près de 1,4 million de grossesses involontaires dans 115 pays à revenu faible ou intermédiaire en 2020¹¹³.

Les espaces sûrs peuvent jouer un rôle essentiel en aiguillant les filles vers des informations et des services de SDRS dans les contextes de crise ou de conflit. Ils offrent également aux filles et aux femmes un milieu où elles se sentent assez en sécurité sur le plan physique et émotif pour discuter de SDRS et de violence basée sur le genre, et où elles peuvent accéder à des services et à des fournitures de SDRS¹¹⁴.

Il existe de plus en plus de pratiques prometteuses en matière d'offre de services de SDRS souples et adaptés au contexte pour les adolescentes dans les situations humanitaires. Notamment, les cliniques mobiles et les camps de SDRS semblent être efficaces pour joindre les adolescentes les plus marginalisées¹¹⁵.

Recommandations

Une approche fondée sur les droits, promouvant l'égalité des genres, intersectionnelle, intergénérationnelle et multisectorielle s'imposent pour mettre fin au mariage des enfants et respecter, protéger et réaliser la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDRS) des filles et des femmes.

Une telle approche doit combiner des interventions à l'égard de la demande et de l'offre et veiller à ce que chaque fille, en tant que détentrice de droits, soit en mesure de : choisir si, quand et avec qui elle souhaite avoir des relations sexuelles, se marier, se mettre en couple ou avoir des enfants ; d'exiger des pratiques sexuelles sûres ; avoir accès à des services de SDRS adéquats et de qualité ; et profiter des normes les plus élevées possible en matière de SDRS¹¹⁶.

Les interventions à l'égard de la demande visent à accroître la sensibilisation ainsi que la volonté et la capacité des personnes et des communautés à solliciter et à utiliser des services liés à la SDRS et à la prévention du mariage des enfants. Ces interventions ont pour objectif de changer les comportements, les opinions et les normes sociales.

Les interventions à l'égard de l'offre visent à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et la réactivité des services liés à la SDRS et à la prévention du mariage des enfants. Ces interventions ont pour objectif de veiller à l'existence des infrastructures, des ressources et du personnel formé permettant de répondre à la demande.

Recommandations à l'intention des gouvernements nationaux :

1. Réserver des fonds du budget national à un éventail complet de services de SDRS abordables, de qualité et adaptés aux adolescent-e-s, conformément aux dispositions du Programme d'Action de la CIPD.

- **Consacrer au moins 10 % du budget de développement national et du budget d'aide au développement** à la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD, y compris dans les contextes humanitaires. L'aide publique au développement doit correspondre à au moins 0,7 % du revenu national brut.
- **Élargir l'accès des filles à des informations et à des services de SDRS complets et de qualité.** À cette fin, il faut notamment accroître l'accès aux contraceptifs dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, éliminer toute exigence relative au consentement parental et déployer plus d'efforts pour transformer les normes sociales et les stéréotypes genrés ayant trait à la sexualité des jeunes.
- Investir dans la formation des professionnel-le-s de la santé et du personnel auxiliaire afin qu'ils et elles fournissent des services de SDRS de qualité, équitables et exempts de discrimination aux filles, y compris à celles mariées, enceintes ou mères.

2. Répondre à l'évolution des besoins de SDRS des adolescentes et des femmes, dans toute leur diversité et tout au long de leur vie, notamment en ce qui concerne : l'éventail complet de méthodes contraceptives et d'hygiène menstruelle ; l'accès à des services de santé maternelle de qualité ; des services d'avortement médicalisé et de soins après avortement sûrs ; des services de dépistage, de traitement et de prévention des IST accessibles et confidentiels ; un soutien psychologique et des services de consultation, surtout pour les filles ayant subi une grossesse et un accouchement précoces ; et des centres de service pour les survivantes de violences sexuelles ou basées sur le genre, dont le mariage des enfants.

3. Fournir une éducation complète à la sexualité scientifique exacte, fondée sur les programmes d'étude, non discriminatoire et tenant compte des capacités évolutives des jeunes. L'éducation compète à la sexualité doit être disponible en milieu scolaire et extrascolaire, y compris dans les contextes humanitaires.

4. Réviser et, au besoin, modifier les lois et les politiques afin qu'elles respectent l'autonomie des filles, notamment leur autonomie corporelle, sans discrimination. Supprimer tout obstacle normatif visant à contrôler la sexualité des filles mariées et non mariées et leur accès à des services et à des informations de SDRS. Notamment, il convient d'éliminer l'imposition du consentement d'un tiers, de décriminaliser les rapports sexuels consentants entre adolescent-e-s et de garantir la confidentialité.

5. Appuyer la participation et le leadership effectifs, inclusifs et sans danger des adolescent-e-s et des jeunes – dans toute leur diversité – dans les décisions concernant l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des initiatives de SDRS.

6. Coordonner des stratégies multisectorielles en faveur de services et de systèmes accessibles, équitables et promouvant l'égalité des genres – notamment dans les domaines de l'éducation, de la SDRS, de la violence basée sur le genre et de la justice – qui s'ajoutent aux interventions des jeunes et de la société civile visant à changer les normes sociales, de manière à créer des possibilités autres que le mariage.



Études de cas : Collaborer avec diverses parties prenantes pour renforcer le soutien envers la SDRS des adolescent-e-s au Mozambique

L'Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família (AMODEFA) collabore avec des membres de communautés, des leaders religieux, des enseignant-e-s, des représentant-e-s du gouvernement et d'autres organisations de la société civile (dont des organisations de jeunes) pour conjuguer le plaidoyer à tous les niveaux et transformer les normes de genre qui limitent l'accès des filles et des femmes à des services de SDRS.

Au niveau national, l'AMODEFA plaide en faveur de **modifications politiques et législatives** à l'appui de la SDRS et d'une plus grande mobilisation des communautés, des jeunes et des femmes leaders.

Au niveau communautaire, l'organisation se concentre sur les **changements comportementaux** et sociaux et sur la **création de la demande**. Avec le soutien de l'AMODEFA et d'enseignant-e-s, des membres du mouvement action jeunesse et des pairs éducateurs partagent des informations précises et à jour sur la SDRS des adolescent-e-s et sur l'éducation complète à la sexualité dans les écoles et les communautés. Résultat : des leaders communautaires et religieux se sont engagés à sensibiliser la population et à signaler des cas d'unions précoces et de violence basée sur le genre.

L'AMODEFA agit également sur le plan de l'**offre** en fournissant des services de SSR.



Petits conseils !

- La mobilisation des adolescent-e-s et des jeunes nécessite une **coordination**. Cela facilite l'apprentissage et permet d'éviter les chevauchements.
- Les leaders communautaires et religieux, les associations de jeunes, les forces policières et les représentant-e-s du gouvernement doivent participer aux formations afin de nouer des liens et de partager des points de vue. La participation doit être **claire, fondée sur les droits humains** et répondre à leurs préoccupations **sans jugement**. Lorsque la mobilisation est bien réalisée, des personnes qui auraient pu s'opposer aux mesures peuvent devenir d'important-e-s allié-e-s dans la promotion de la SDRS des adolescent-e-s.
- La formation doit s'inscrire dans une **séquence d'interventions** bien planifiée et surveillée qui encourage la participation et l'engagement à long terme.

7. Veiller à ce que la SDRS reste une priorité à chaque phase des interventions d'urgence :

- **Intégrer la SDRS dans un ensemble d'interventions multisectorielles** et élaborer, mettre en œuvre et financer des plans de préparation aux situations d'urgence exhaustifs, conformément à l'**ensemble minimal de services initiaux** et d'après les besoins et les préoccupations en matière de SDRS identifiées par les enfants, les adolescentes, les filles mariées et les filles ayant déjà été mariées au début des crises humanitaires.
- **Répondre aux besoins de SDRS des filles et des femmes touchées par une crise au sein d'un cadre de soutien complet.** Pour obtenir des résultats de SDRS positifs, d'autres droits comme le droit à l'éducation, à l'alimentation, à l'eau, à la sécurité, au logement et à l'assainissement doivent être satisfaits.

^m Les programmes de SDRS qui adoptent une approche socioécologique axée sur les étapes de la vie tiennent compte des divers besoins des individus à différentes étapes de la vie et des multiples facteurs qui influent sur la SDRS, de l'éducation d'une personne aux normes et aux politiques sociales.

8. **Améliorer les systèmes et les méthodes de collecte de données afin de rendre compte avec exactitude du mariage des enfants et de l'utilisation des services de SDRS.** Ces données doivent au minimum être ventilées par genre et par âge et doivent inclure des indicateurs précis permettant de cibler les filles et les groupes les plus marginalisés ayant le plus de difficulté à accéder aux services.

Recommandations à l'intention des organisations internationales :

1. **Travailler en partenariat avec des organisations de la société civile**, notamment des organisations dirigées par des jeunes et des femmes œuvrant dans les communautés à forte prévalence du mariage des enfants, et avec les filles et les populations les plus vulnérables ou touchées par la pratique.
2. **Élaborer des plans pour l'adoption d'un angle socioécologique fondé sur les étapes de la vie^m dans les programmes de SDRS destinés aux mères pour la première fois.** Ces programmes doivent aller au-delà de la santé et améliorer les résultats en matière de communication au sein du couple, de comportements respectueux de l'égalité des genres et de bien-être.
3. **Créer des espaces sûrs pour les filles et les femmes dans les contextes de conflit et de crise** où elles pourront parler librement, se soutenir mutuellement, faire part de leurs besoins et participer à l'élaboration de programmes et de services.

Recommandations à l'intention des bailleurs de fonds :

1. **Investir dans des programmes pluriannuels, adaptés au contexte, adaptés à l'âge, éclairés par les jeunes et promouvant l'égalité des genres en collaborant avec les filles dans leurs communautés.** De tels programmes doivent fournir des informations exactes et accessibles sur la SDRS ; fournir des aiguillages vers des services de SDRS et d'autres services, notamment un soutien spécialisé pour la violence basée sur le genre, une aide juridique et des programmes de protection sociale ; et transformer les normes de genre et les facteurs du mariage des enfants.
2. **Investir dans les organisations de la société civile qui sont la clé du succès des programmes à l'égard de la SDRS et du mariage des enfants :**
 - **Améliorer la capacité organisationnelle des organisations de la société civile au moyen de partenariats techniques et financiers** en vue de renforcer l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de promotion de l'égalité des genres qui renforceront le leadership et la capacité d'action des filles et des jeunes.
 - **Investir dans des initiatives de développement dirigées par les communautés** – surtout celles dirigées par les filles, les adolescent-e-s et les jeunes – afin de renforcer l'espace civique et la participation citoyenne aux niveaux local, national et international.
3. **Investir dans la recherche, les données et les mécanismes de redevabilité** qui donnent la priorité à la collecte de données ventilées (par âge, genre, ethnie et statut socio-économique) afin d'éclairer les interventions ciblées, l'évaluation des interventions et l'élaboration de politiques.

Recommandations à l'intention des organisations de la société civile

1. **Créer des espaces sûrs pour les enfants et les adolescent-e-s** – dans toute leur diversité – afin de renforcer leur esprit critique et d'améliorer leur accès aux informations nécessaires pour déconstruire les normes et les comportements de genre qui ont été intériorisés et ont une incidence négative sur leur SDRS et d'autres choix et résultats de vie.
2. **Adopter une approche promouvant l'égalité des genres et mobiliser les garçons et les hommes** – en tant que pairs, frères, pères, leaders traditionnels et religieux, maris et partenaires – pour les sensibiliser aux conséquences négatives du contrôle patriarcal exercé sur l'autonomie corporelle des filles et au rôle qu'ils peuvent jouer pour transformer leurs propres attitudes et comportements en tant qu'alliés pour la SDRS, l'égalité des genres et la prévention du mariage des enfants.
3. **Adopter une approche intersectionnelle qui tient compte des crises pour plaider en faveur de la satisfaction des besoins de SDRS de toutes les filles**, y compris les besoins de SDRS des adolescentes mariées, enceintes, mères, déplacées, réfugiées, vivant avec un handicap, d'une caste jugée inférieure, d'un groupe autochtone, d'une ethnie minoritaire ou s'identifiant comme non binaire.
4. **Renforcer les mouvements et les alliances à l'appuyer du plaidoyer, du partage de connaissances, de la solidarité et des soins collectifs** pour faire progresser le Plan d'action de la CIPD et contrer les réactions hostiles à l'endroit de la SDRS provenant de la droite et des mouvements opposés aux droits humains dans le monde.



Études de cas : une approche globale à niveaux multiples pour agir à l'égard du mariage des enfants et de la SDRS dans le Jharkhand, en Inde

« Deux longueurs d'avance, ensemble », une vaste initiative de l'organisation Sinduartola Gramodaya Vikas Vidyalaya (SGVV), a été lancée dans les écoles et les communautés. Elle combine une formation, des collaborations et des efforts de sensibilisation à un soutien au niveau de l'offre de services de SDRS aux adolescent-e-s.

L'initiative comprend une **formation** sur la SDRS à l'intention des adolescents et des adolescentes et un programme de **leadership par les pairs** qui permet aux jeunes de trouver ensemble des solutions aux difficultés observées dans leurs communautés. Ce groupe de pairs bien formés et motivés a permis de créer un solide réseau de soutien en matière de SDRS et de mariage des enfants au niveau communautaire.

SGVV a également créé des « banques de serviettes hygiéniques » qui offrent des **produits d'hygiène menstruelle** dans 40 écoles et favorisent ainsi la fréquentation scolaire des adolescentes en répondant à leurs besoins.

En plus de ce travail auprès des adolescent-e-s, SGVV a **sensibilisé** les membres de la communauté au mariage des enfants et à la SDRS, de manière à favoriser un environnement plus informé et proactif. L'organisation a développé des relations étroites avec les autorités publiques, notamment des agent-e-s de l'interdiction du mariage des enfants au niveau des quartiers, afin de favoriser une meilleure **coordination** en réponse aux questions de SDRS et de mariage des enfants.



Petit conseil ! Il est essentiel de développer de solides relations, qu'il soit question de mobiliser les autorités publiques ou d'aider les jeunes à nouer des liens et à apprendre les un-e-s des autres.

Références

- 1 P. Nanda, S. Tandon et A. Khanna, « [Virtual and essential – adolescent SRHR in the time of COVID-19](#) », *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, no 1 (2020).
- 2 S. Sidibé, F. M. Grovogui, K. Kourouma, D. Kolié, B. S. Camara, A. Delamou, A. et S. Kouanda, « [Unmet need for contraception and its associated factors among adolescent and young women in Guinea: A multilevel analysis of the 2018 Demographic and Health Surveys](#) », *Front. Glob. Women's Health*, vol. 3 (2022).
- 3 Filles, Pas Epouses, [Appuyer les filles déjà mariées, les mères adolescentes et les filles enceintes](#), 2021.
- 4 UNICEF, [Is an end to child marriage within reach? Latest trends and future prospects](#), 2023.
- 5 UNICEF, [Base de données mondiales sur le mariage des enfants](#), 2022.
- 6 Filles, Pas Epouses, [Le mariage des enfants et la santé et les droits sexuels et reproductifs](#), 2019.
- 7 M. C. Kok, T. Kakal, A. B. Kassegne, I. M. Hidayana, A. Munthali, J. A. Menon, P. Pires, T. Gitau et A. van der Kwaak, « [Drivers of child marriage in specific settings of Ethiopia, Indonesia, Kenya, Malawi, Mozambique and Zambia - findings from the Yes I Do! baseline study](#) », *BMC public health*, vol. 23, no 1 (2023).
- 8 M. Billowitz, N. Karim et K. Watson, [La sexualité des filles et les mariages et unions d'enfants, précoces et forcés : cadre conceptuel](#), Torchlight Collective et le Groupe de travail sur les mariages et unions d'enfants, précoces et forcés et la sexualité, 2022, p.14.
- 9 Nations Unies, [Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement : Édition du vingtième anniversaire](#), 2014.
- 10 Chaque femme, chaque enfant, [Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent \(2016-2030\)](#), 2015.
- 11 P. Nanda, S. Tandon et A. Khanna, 2020, op. cit.
- 12 UNFPA, [Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy](#), New York, UNFPA, 2015.
- 13 UNFPA, [État de la population mondiale 2024 : Destins entremêlés, leurs d'espoir : Mettre fin aux inégalités dans la santé et les droits sexuels et reproductifs](#), 2024.
- 14 UNFPA, [Cost of Ending Unmet Need for Family Planning, 2020](#).
- 15 Chaque femme chaque enfant, 2015, op. cit.
- 16 UNFPA, [Navigating Megatrends: The ICPD Programme of Action for a Sustainable Future ICPD30 Brief: The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights](#), 2024.
- 17 Chaque femme chaque enfant, 2015, op. cit.
- 18 OMS, [Grossesses chez les adolescentes](#), 2024.
- 19 UNAIDS, 2015, [World AIDS Day 2015 report on the fast-track to end AIDS by 2030. Focus on location and population](#).
- 20 Gumbonzvanda, F., 2024, initial findings from the March-Zim project, presented at the Child Marriage Research to Action Network (the CRANK) [Symposium: What's known and what's next – Charting future action on the mental health consequences of child marriage](#). The CRANK is a joint initiative of Girls Not Brides and the UNFPA-UNICEF Global Programme to End Child Marriage.
- 21 A. M. Starrs, A. C. Ezeh, G. Barker, A. Malwade Basu, J. T. Bertrand, R. W. Blum, A. M. Coll-Seck, A. Grover, L. Laski, M. Roa, Z. Sathar, L. Say, G. I. Serour, S. Singh, K. Stenberg, M. Temmerman, A. E. Biddlecom, A. Popinchalk, C. Summers et L. S. Ashford, « [Accelerate progress—Sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission](#) », *The Lancet*, vol. 391 (2018).
- 22 Protect the Promise, [Progress report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health \(2016–2030\)](#), 2022.
- 23 Filles, Pas Epouses, [Les causes du mariage des enfants](#). [Consulté en juillet 2024].
- 24 E. Budu, B. O. Ahinkorah, A. A. Seidu, J. E. Hagan Jr, W. Agbemavi, J. B. Frimpong, C. Adu, K. S. Dickson et S. Yaya, « [Child marriage and sexual autonomy among women in sub-Saharan Africa: Evidence from 31 Demographic and Health Surveys](#) », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, no 7 (2021).
- 25 H. Schwandt, A. Boulware, J. Corey, A. Herrera, E. Hudler, C. Imbabazi, I. King, J. Linus, I. Manzi, M. Merritt, L. Mezier, A. Miller, H. Morris, D. Musemakweli, U. Musekura, D. Mutuyimana, C. Ntakarutimana, N. Patel, A. Scanteianu, B. E. Shemeza, G. Sterling-Donaldson, C. Umutohi, L. Uwera, M. Zeiler et S. Feinberg, « [She is courageous because she does not care what people think about her...: Attitudes toward adolescent contraception use among Rwandan family planning providers and adult female modern contraceptive users](#) », *Reproductive Health*, vol. 19, no 1 (2022).
- 26 M. Lanham, K. Ridgeway, M. Mireku, D. Nhamo, D. Pillay, M. Murire, K. Stankevitz, J. Kyongo, S. Mullick et l'équipe de recherche du Consortium OPTIONS, « [Health care providers' attitudes toward and experiences delivering oral PrEP to adolescent girls and young women in Kenya, South Africa, and Zimbabwe](#) », *BMC Health Services Research*, vol. 21 (2021).
- 27 T. Sarosh, [Dissecting bias](#), 2018.
- 28 OCDE, [Laws, norms and practices: Barriers or levers for sexual and reproductive health and rights](#), 2023.
- 29 L. Ferguson, M. E. Anderson, M. Liang et E. Filmer-Wilson, « [Why a good law is not always good enough: A global review of restrictions to supportive laws for sexual and reproductive health and rights](#) », *BMJ Global Health*, vol. 9, no 2 (2024).
- 30 G. Kangaude, E. Coast et T. Fetters, « [Adolescent sexual and reproductive health and universal health coverage: a comparative policy and legal analysis of Ethiopia, Malawi and Zambia](#) », *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, no 2 (2020).
- 31 IPPF et Coram Children's Legal Center, [Overprotected and Underserved: A multi-country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services - El Salvador case study](#), 2014.
- 32 Filles, Pas Epouses, [L'impact de la loi sur le mariage des enfants et les droits des filles](#), 2024.
- 33 Ibid.
- 34 J. Svanemyr, A. Amin, O. J. Robles et M. E. Greene, « [Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: A framework and promising approaches](#) », *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, no 1 (2015).
- 35 Q. Wodon, A. N. Onagoruwa et A. Savadogo, [Economic impacts of child marriage: Women's decision making & selected other impacts](#), Washington DC, Banque mondiale et Centre international de recherches sur les femmes, 2017.
- 36 Girls Education Challenge, [Supporting girls to secure their sexual and reproductive health and rights: Lessons from the Girls' Education Challenge](#), 2023, p. 2.
- 37 UNESCO, [Le prix de l'inaction : les coûts privés, fiscaux et sociaux à l'échelle mondiale des enfants et des jeunes qui n'apprennent pas](#), 2024.
- 38 Ibid.
- 39 Girls Education Challenge, [Tackling child marriage through education](#), 2023, p. 9.
- 40 Human Rights Watch, [Un meilleur avenir : Donner aux filles enceintes et aux mères adolescentes les moyens de rester à l'école – Accès à l'éducation au sein de l'Union africaine : un index de Human Rights Watch](#), 2022.
- 41 UNESCO, 2024, op. cit, p. 64.
- 42 Human Rights Watch, 2022, op. cit.
- 43 UNESCO, [Comprehensive sexuality education \(CSE\) country profiles](#), 2023.
- 44 D. Pacheco-Montoya et E. Murphy-Graham, [Fostering Critical Thinking as a Life Skill to Prevent Child Marriage in Honduras: The Case of Holistic Education for Youth \(HEYI\)](#), 2022.
- 45 ONU Femmes, [VIH/sida : quelques faits et chiffres](#), 2016.
- 46 UNAIDS, [World AIDS Day 2015 report on the fast-track to end AIDS by 2030. Focus on location and population](#), 2015.
- 47 FreePeriods, [What is period poverty?](#). [Consulté le 16 mars 2024.]
- 48 UNFPA, 2015, op. cit.
- 49 E. A. Sully, A. Biddlecom, J. Daroch, T. Riley, L. Ashford, N. Lince-Deroche, L. Firestein et R. Murro, [Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2019](#), New York, Guttmacher Institute, 2020.
- 50 J. Darroch, V. Woog, A. Bankole et L. S. Ashford, [Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents](#), New York, Guttmacher Institute, 2016.
- 51 UNFPA, 2015, op. cit.
- 52 S. Neal, Z. Matthews, M. Frost, H. Fogstad, A. V. Camacho et L. Laski, « [Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries](#) », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 91, no 9 (2012)..
- 53 OMS, [Grossesse chez les adolescentes](#), 2024.
- 54 Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, [World population prospects, 2019 revision: Age-specific fertility rates by region, subregion and country, 1950-2100 \(births per 1,000 women\) estimates](#), 2024.
- 55 S. Mathur, M. Greene et A. Malhotra, [Too young to wed: The lives, rights, and health of young married girls](#), Centre international de recherche sur les femmes, 2003.
- 56 Filles, Pas Epouses, 2019, op. cit.
- 57 Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, Division de la population, [Adolescent fertility since the International Conference on Population and Development \(ICPD\) in Cairo](#), Nations Unies, 2013.
- 58 R. Bransky, J. Enoch, C. Long et A. Bennett-Clemmow, « [Child Marriage in Sierra Leone, Guinea, Nicaragua and Indonesia CULTURAL ROOTS AND GIRL CENTRED SOLUTIONS](#), Global Summary, Purposeful Productions, 2017.
- 59 S. Petroni, M. Steinhaus, N. S. Fenn, K. Stoebenau et A. Gregowski, « [New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa](#) », *Annals of Global Health*, vol. 83, no 5-6 (2017).
- 60 M. C. Kok, T. Kakal, A. B. Kassegne, I. M. Hidayana, A. Munthali, J. A. Menon, P. Pires, T. Gitau et A. van der Kwaak, « [Drivers of child marriage in specific settings of Ethiopia, Indonesia, Kenya, Malawi, Mozambique and Zambia - findings from the Yes I Do! baseline study](#) », *BMC public health*, vol. 23, no 1 (2023), p. 794.
- 61 M. Billowitz, N. Karim et K. Watson, 2022, op. cit., p. 14.
- 62 F. Gumbonzvanda, constatations initiales du projet March-Zim, présenté lors du symposium [État des savoirs et suite des choses : tracer la voie à suivre pour remédier aux conséquences du mariage des enfants sur la santé mentale](#) organisé par le Réseau recherche-action sur le mariage des enfants (CRANK), 2024. Le CRANK est une initiative conjointe de Filles, Pas Epouses et du Programme mondial UNFPA-UNICEF visant à mettre fin au mariage d'enfants.
- 63 Ibid.
- 64 E. Eboeime, A. Ezeokoli, K. Adams et A. Banke-Thomas, « [Prioritizing the mental health needs of pregnant adolescents in sub-Saharan Africa](#) », *Journal of Global Health Neurology and Psychiatry*, 2022.
- 65 Ibid.
- 66 Plan International, [Sexual and reproductive health and rights position paper](#), 2018.

- 67 V. Woog, S. Singh, A. Browne et J. Philbin, [Adolescent women's need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries](#), New York, Guttmacher Institute, 2015.
- 68 *Ibid.*
- 69 S. Singh, L. Remez, G. Sedgh, L. Kwok et T. Onda, [Abortion worldwide 2017: Uneven progress and unequal access](#), New York, Guttmacher Institute, 2018.
- 70 E. A. Sully et al., 2020, op. cit.
- 71 J. Bearak, A. Popinchalk, B. Gantra, A. B. Moller, Ö. Tunçalp et C. Beavin, « [Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019](#) », *The Lancet*, vol. 8, no 9 (2020).
- 72 S. Mathur et al., 2017, op. cit.
- 73 Filles, Pas Epouses, 2024, op. cit.
- 74 S. Singh et al., 2018, op. cit.
- 75 OMS, 2024, op. cit.
- 76 OMS, UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale et Division de la Population du DESA, [Trends in maternal mortality 2000 to 2020](#), Genève, OMS, 2023.
- 77 OMS, [Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015](#), Genève, OMS, 2023.
- 78 T. Ganchimeg, E. Ota, N. Morisaki, M. Laopaiboon, P. Lumbiganon, J. Zhang, B. Yamdamsuren, M. Temmerman, L. Say, Ö. Tunçalp, J. P. Vogel, J. P. Souza et R. Mori, « [Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study](#) », *BJOG*, vol. 121, no 1 (2014).
- 79 S. Neal, « [The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature](#) », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 16, no 352 (2016).
- 80 P. M. Tebeu, J. N. Fomulu, S. Khaddaj, L. de Bernis, T. Delvaux et C. H. Rochat, « [Risk factors for obstetric fistula: a clinical review](#) », *Int Urogynecol J*, vol. 23, no 4 (2012).
- 81 UNFPA, [Interwoven lives, threads of hope: Ending inequalities in sexual and reproductive health and rights](#), 2024.
- 82 P. M. Tebeu et al., op. cit.
- 83 M. Schaaf, M. Jaffe, Ö. Tunçalp et L. Freedman, « [A critical interpretive synthesis of power and mistreatment of women in maternity care](#) », *PLOS Global Public Health*, vol. 3, no 1 (2023).
- 84 MBRACE-UK, [Saving lives, improving mothers' care](#), 2022.
- 85 V. Chandra-Mouli, A. V. Camacho et P. A. Michaud, [WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries](#), 2011.
- 86 Q. Wodon, N. Onagoruwa et N. John, [Economic Impacts of Child Marriage: Child Health and Nutrition](#), Washington DC, Banque mondiale et Centre international de recherche sur les femmes, 2017.
- 87 OMS, [Contraception](#). Consulté le 1er juillet 2024.
- 88 Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, [Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method](#), 2022.
- 89 *Ibid.*
- 90 Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, [Estimates and projections of family planning indicators 2022](#), 2022.
- 91 S. Sidibé et al., 2022, op. cit. ; et Filles, Pas Epouses, 2021, op. cit.
- 92 S. Sidibé et al., 2022, op. cit.
- 93 *Ibid.*
- 94 Filles, Pas Epouses, 2021, op. cit.
- 95 M. E. Greene, J. Gay, G. Morgan, R. Benevides et F. Fikree, [Reaching Young First-Time Parents for the Healthy Spacing of Second and Subsequent Pregnancies](#), Washington DC, Evidence to Action Project, 2014.
- 96 S. Sidibé, et al., op. cit.
- 97 *Ibid.* ; et Filles, Pas Epouses, 2021, op. cit.
- 98 M. Billowitz, N. Karim et K. Watson, 2022, op. cit.
- 99 S. Sidibé et al., 2022, op. cit.
- 100 UNICEF, [Adolescent HIV prevention](#), 2024. [Consulté le 23 juillet 2024.]
- 101 UNAIDS, [UNAIDS Data Book](#), 2023.
- 102 *Ibid.*
- 103 *Ibid.*
- 104 LSTHM, STRIVE, [Drivers of HIV webpage](#), 2018.
- 105 Filles, Pas Epouses, [Les causes du mariage des enfants. \[Consulté le 23 juillet 2024.\]](#)
- 106 S. Kuchukhidze, D. Panagiotoglou, M. C. Boily, S. Diabaté, J. W. Imai-Eaton et al., « [Characteristics of male perpetrators of intimate partner violence and implications for women's HIV status: A pooled analysis of cohabiting couples from 27 countries in Africa \(2000–2020\)](#) » *PLOS Global Public Health*, vol. 3, no 9 (2023).
- 107 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, [The world's women 2020 trends and statistics, thematic area: violence against women and the girl child](#), 2020.
- 108 *Ibid.*
- 109 UNICEF, [Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children](#), 2014.
- 110 *Ibid.*
- 111 R. Kidman, « [Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries](#) », *International Journal of Epidemiology*, vol. 46, no 2 (2017).
- 112 Constatations initiales d'O. J. Baruwa tirées d'une analyse multipays sur la violence à l'égard des enfants et des jeunes et d'enquête auprès de jeunes du Lesotho, de Namibie et du Zimbabwe présentées lors du symposium [État des savoirs et suite des choses : tracer la voie à suivre pour remédier aux conséquences du mariage des enfants sur la santé mentale](#) organisé par le Réseau recherche-action sur le mariage des enfants (CRANK), 2024.
- 113 Filles, Pas Epouses, [Le mariage des enfants dans les situations de crise humanitaire](#), 2020.
- 114 UNICEF, 2021, op. cit.
- 115 UNFPA, [Impact of COVID-19 on family planning: What we know one year into the pandemic](#), 2021.
- 116 CRANK, [Interventions et recherches sur le mariage des enfants entre 2020 et 2022 : examen des données probantes](#), Filles, Pas Epouses et le Programme mondial UNFPA-UNICEF visant à mettre fin au mariage d'enfants, 2023.
- 117 *Ibid.*
- 118 [La santé et les droits sexuels et reproductifs sont essentiels pour mettre fin au mariage des enfants : Déclaration collective](#), Déclaration soumise à la Commission de la population et du développement à l'occasion de la CPD57 et de l'anniversaire de l'ICPD30 (avril 2023) par Filles, Pas Epouses au nom de 47 organisations œuvrant pour la fin du mariage des enfants.



Publié en septembre 2024 par
Filles, Pas Epouses

Seventh Floor
65 Leadenhall Street
Londres
EC3A 2AD
Reino Unido

☎ 0203 725 5858

📞 0207 603 7811

🌐 www.fillespasepouses.org

✉ info@GirlsNotBrides.org

📧 GirlsNotBrides

📘 www.facebook.com/GirlsNotBrides

Remerciements

Ce dossier a été préparé par Rachael Hongo et révisé par Emma Sadd, toutes deux de *Filles, Pas Epouses*. Il a bénéficié d'une révision technique par l'équipe de Filles, Pas Epouses, notamment par Emma Pearce, Georgiana Epure, Jacky Repila, Jean Casey, Lara van Kouterik et Sophia Lane. Il comprend également des informations provenant d'organisations membres de *Filles, Pas Epouses*, notamment Ajay Kumar (Pratigya, Inde), Dorinda Odonghanro (Fondation pour la protection de l'enfance et de la jeunesse, Nigeria), Dushala Adhikari (Centre for Agro-Ecology and Development, Népal), Jiratudeen Abdurashid (Girl Child Concern, Népal), Lydia Hounon Hedwige (Niger), Marcia Jorge Mandlate (Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família, Mozambique), Noëlie Sinare (l'Association D'appui et d'Eveil Pugsada, Burkina Faso), Rajen Kumar (Sinduartola Gramodaya Vikas Vidyalaya) Inde, et Tike Mwampipile (Tanzania Women Lawyers Association, Tanzanie).

Filles, Pas Epouses est un partenariat mondial composé de plus de 1 400 organisations de la société civile dans plus de 100 pays, déterminées à mettre fin au mariage des enfants et à permettre aux filles de réaliser pleinement leur potentiel.

Filles, Pas Epouses est une société à responsabilité limitée par garantie (Reg. No. 8570751) et une organisation caritative enregistrée en Angleterre et au Pays de Galles (Reg. No. 1154230)