

Note d'information thématique

Septembre 2025

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

On estime que 640 millions de filles et de femmes dans le monde ont été mariées ou en union avant l'âge de 18 ans¹ et qu'environ 12 millions de filles sont mariées chaque année². Le manque d'accès aux services liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR)^b contribue au mariage des enfants, et les filles mariées, ayant déjà été mariées, enceintes ou mères disposent souvent de peu de contrôle sur leurs propres choix sexuels et reproductifs. Les filles mariées ou ayant déjà été mariées ont également des besoins spécifiques que les systèmes de santé, d'éducation et de services sociaux ne prennent souvent pas suffisamment en compte^{3, 4, 5}.



IMAGE : Deux adolescentes se tiennent la main lors d'un atelier à Livingston (Guatemala).

Photo : Filles, Pas Epouses/Priscilla Mora Flores/Colectivo Nómada.

La présente note d'information examine les liens entre le mariage des enfants^c et la SDSR, et fait le point sur les progrès accomplis depuis l'historique Conférence internationale sur la population et le développement de 1994. Elle présente également des exemples de pratiques prometteuses et des recommandations — validées auprès des 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 puise ses racines dans les inégalités de genre et prive les filles et les jeunes femmes de leurs droits fondamentaux**, dont leur SDSR, et limite sévèrement leurs choix de vie. Mettre fin au mariage des enfants et améliorer l'accès à des services de SDSR de qualité, abordables et exempts de stigmatisation permettrait d'améliorer considérablement la santé et les perspectives de développement de millions d'enfants, d'adolescentes et de femmes dans le monde entier.
- **Le mariage des enfants entraîne souvent des 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^{6, 7} et de violence conjugale⁸ et, dans certains contextes, est associé à des risques accrus d'infections sexuellement transmissibles (IST), de cancer du col de l'utérus⁹ et de mortalité maternelle. Les bébés nés de mères adolescentes sont plus susceptibles de présenter une insuffisance pondérale à la naissance, de naître prématurément et de souffrir de graves complications néonatales^{10, 11, 12}.

- **Les grossesses à l'adolescence peuvent favoriser le mariage des enfants**, surtout dans les contextes où la sexualité prénuptiale est taboue, la virginité est liée aux concepts de pureté et d'honneur familial¹³, les contraceptifs sont rares ou inaccessibles et l'accès à des services d'avortement médicalisés est limité^{14, 15, 16}.
- **Une approche globale, multisectorielle, fondée sur les droits et promouvant l'égalité des genres s'impose pour veiller à ce que chaque fille soit en mesure** : de décider si, quand et avec qui elle souhaite avoir des relations sexuelles ; de se marier et d'avoir des enfants ; d'exiger des pratiques sexuelles sûres ; d'avoir accès à des services de SDSR adéquats et de qualité ; et de jouir 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 convenus à l'échelle internationale.**

a La présente version est une mise à jour de la note d'information initialement publiée en septembre 2024.

b Tels 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*.

c Le 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.

Progrès en matière de SDSR

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. La CIPD a reconnu que, pour jouir du meilleur état de santé sexuelle et reproductive (SSR)^d possible, toute personne doit pouvoir exercer pleinement ses droits sexuels et reproductifs (DSR), notamment :

-  la liberté de décider si, quand et avec 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 d'avoir des enfants, l'espacement des naissances et le nombre d'enfants ;
-  l'accès à l'**information** et aux **moyens** nécessaires pour réaliser ses objectifs en matière de procréation ;
-  le droit d'être libre de toute **discrimination**, traitement dégradant, coercition et violence.

Un appel sans précédent a également été lancé pour placer la SDSR des adolescents et adolescentes^e au centre des préoccupations. Plus précisément, le Programme d'action de la CIPD a appelé à ce que les politiques et les programmes « satisfassent particulièrement les besoins des adolescents [sic] en matière d'enseignement et de services afin qu'ils apprennent à assumer leur sexualité de manière positive et responsable¹⁷. »

^d La 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.

^e L'[Organisation mondiale de la Santé](#) (OMS) définit l'adolescence comme étant la période entre l'âge de 10 et de 19 ans.

Contrer les reculs en matière de SDSR

La santé et les droits sexuels et reproductifs sont menacés. De multiples crises — notamment les effets persistants de la pandémie de COVID-19 et des crises humanitaires liées au climat et aux conflits — ainsi qu'une opposition politique bien organisée, bien financée et hostile aux droits et aux choix des filles et des femmes ont entraîné des reculs qui appellent une vigilance et une solidarité accrues.

Ces dernières années, les retours en arrière et les réactions négatives contre les initiatives de SDSR dans le monde ont entraîné :

- une diminution du financement national des services concernés ;
- une érosion des droits sexuels et reproductifs (DSR) ;
- un recul des mesures en faveur de l'égalité de genre, comme des abrogations et des affaiblissements de lois sur l'égalité ;
- des restrictions de droits, dont l'interdiction et la criminalisation de certains comportements, expressions ou identités sexuels.

Ce retour en arrière remet en cause les droits et le bien-être des personnes — en particulier des filles, des femmes et des communautés marginalisées — et menace de réduire à néant des décennies de progrès en matière de droits reproductifs et d'équité en santé.

Le manque de financement et la relégation de la SDSR au second plan, en particulier dans les situations de crise, ont également des conséquences graves et potentiellement durables sur les enfants, les adolescentes et les femmes les plus marginalisées^{30,31}.

Pour relever le double défi que représentent les mouvements hostiles à la SDSR et les crises, il faut **renforcer la solidarité à l'appui des soins collectifs, encourager la collaboration entre les gouvernements, les organisations de la société civile et les organismes internationaux, et mettre en œuvre des approches globales, intersectionnelles, centrées sur les filles et fondées sur les droits** — c'est-à-dire, des approches qui reconnaissent et prennent en compte les effets imbriqués de facteurs tels que le genre, l'âge, la classe sociale, la sexualité, l'origine ethnique, la caste ou le statut juridique.

IMAGE : Manifestation Roe contre Wade à Pittsburgh (États-Unis).
Photo : Mark Dixon.



En bref : progrès et défis en matière de SDSR depuis 1994

La SDSR et le mariage des enfants ont occupé une place importante dans les forums et accords internationaux, notamment dans les objectifs du Millénaire pour le développement, 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)¹⁸. Les ODD contiennent également une cible visant à mettre fin au mariage des enfants d'ici 2030.

5 ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES



3 BONNE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

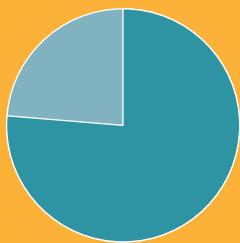


Les taux de mariages d'enfants ont diminué : il y a dix ans, une jeune femme sur quatre était mariée avant l'âge de 18 ans, contre une sur cinq aujourd'hui.¹⁹

1 sur 4
1 sur 5

76 %

des adolescentes qui mettent au monde des enfants sont mariées, ce qui représente des millions de filles et d'adolescentes²¹.



Moins d'une fille sur trois



âgée de 15 à 24 ans dispose de connaissances complètes et exactes sur le VIH, et le mariage des enfants les expose à un risque accru de contracter le virus²³.

Le recours à la contraception a augmenté de

25 %

à l'échelle mondiale depuis 1994, mais près de **256 millions**^f de femmes en âge de procréer qui souhaitent éviter une grossesse n'utilisent pas de méthodes contraceptives modernes²⁵.

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 2015²⁷.

Les naissances chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont diminué. Cependant, selon les estimations,

12 millions

d'adolescentes de pays à revenu faible ou intermédiaire mettent au monde des enfants chaque année.²⁰

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 dangereuses²².



Dans **69** pays,

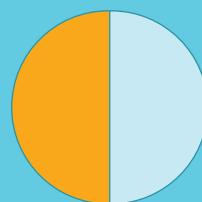
une femme sur quatre



ne peut pas refuser un rapport sexuel avec son mari ou partenaire, et près d'une sur dix n'a aucun pouvoir de décision concernant l'utilisation de la contraception²⁴.

Dans les pays touchés par une crise humanitaire, environ la **moitié**

des femmes mariées qui souhaitent éviter de tomber enceintes n'utilisent aucune forme de contraception, qu'il s'agisse de méthodes modernes ou traditionnelles²⁶.



On estime que

55 %

des décès maternels évitables (soit **près de 500 décès par jour**)

sont survenus dans des pays touchés par des crises humanitaires et des conflits^{28, 29}.

^f Ce chiffre est une estimation obtenue en additionnant les femmes en âge de procréer ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (164 millions) et celles qui utilisent des méthodes contraceptives traditionnelles (92 millions).

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

Le mariage des enfants et la sexualité des adolescentes

La question de savoir si, quand et avec qui débuter une activité sexuelle est souvent décidée à la place des filles et des femmes, en violation de leurs droits fondamentaux en matière de SDSR. La volonté de contrôler la sexualité féminine et de préserver la virginité prénuptiale figure souvent parmi les principaux facteurs qui poussent les parents à marier leurs filles précocement^{32, 33, 34}. Ainsi, le mariage des enfants peut priver les filles du droit de prendre des décisions concernant leur propre sexualité et leur santé. À l'inverse, le fait de disposer d'une autonomie sexuelle peut considérablement réduire le risque de grossesse involontaire. La disponibilité et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes contribuent à de meilleurs résultats en matière de santé reproductive. L'autonomie sexuelle influe également sur d'autres décisions essentielles liées à la santé reproductive, notamment le moment d'avoir des relations sexuelles, la planification d'une grossesse et le recours à la contraception³⁵.

Même lorsque des services de SDSR existent, les attitudes négatives à l'égard de la sexualité des adolescentes peuvent empêcher ces dernières d'accéder et d'utiliser ces services. Les prestataires refusent souvent de fournir des services de contraception, d'avortement et de dépistage et prévention du VIH aux personnes jugées trop jeunes pour avoir des relations sexuelles, comme les adolescentes mariées^{36, 37, 38}. Les filles mariées sont elles aussi confrontées à la stigmatisation des prestataires et à de fortes pressions sociales, en raison de normes qui encouragent les grossesses peu de temps après le mariage, ainsi que de mythes selon lesquels seules certaines méthodes contraceptives conviendraient aux jeunes femmes censées fonder une famille^{39, 40, 41}.

Les lois et les réglementations créent le cadre de mise en œuvre des politiques, programmes et services liés à la SDSR ; elles peuvent faciliter ou entraver l'accès aux services et la réalisation des droits humains, dont le droit à la santé^{42, 43, 44}. Les législations imposent souvent des restrictions juridiques aux services de SDSR, notamment 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 accéder à des services d'avortement ou de contraception sont touchées de manière disproportionnée par ces limitations juridiques et réglementaires qui entravent leur accès à des services de SDSR⁴⁵.

La combinaison de normes sociales restrictives et de lois sur l'âge de consentement crée des obstacles considérables pour les adolescentes et adolescents sexuellement actifs qui souhaitent obtenir des services essentiels de SDSR :

- Dans bien des cas, les lois sur l'âge de consentement sexuel ne prévoient pas d'exceptions claires pour les relations sexuelles consensuelles entre pairs n'ayant pas atteint l'âge minimum légal, **ce qui peut exposer les adolescentes et adolescents à des poursuites pour des relations consensuelles**^{46, 47}. Plus l'âge minimum de consentement sexuel est élevé, plus il restreint l'accès à ces services.
- Bien souvent, des réglementations telles que les exigences de consentement parental ou conjugal **limitent également l'accès aux traitements médicaux et aux informations et services liés à la SSR**, notamment en matière de contraception et d'avortement^{48, 49}.

• **Des adultes (principalement des parents) utilisent le droit pénal 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 chez les jeunes et est principalement utilisée pour mettre fin à des relations que les parents désapprouvent ou dans les cas de grossesses à l'adolescence⁵⁰. En Inde et au Népal, des parents ont utilisé les lois sur le mariage et le consentement sexuel pour intenter des poursuites pénales contre le mari de leur fille lorsque le mariage a été conclu à l'initiative des jeunes ou à la suite d'une fugue amoureuse, en particulier lorsque les membres du couple appartiennent à des castes différentes⁵¹.

Ne pas tenir compte des capacités évolutives^g des adolescentes et adolescents porte atteinte à leur droit à la santé, surtout à leur SDSR. En Inde, la Loi sur la protection des enfants contre les délits sexuels considère toute activité sexuelle chez les moins de 18 ans comme une forme d'exploitation et de préjudice, indépendamment du consentement, et impose aux prestataires de soins de santé de signaler tout cas de grossesse chez une fille de moins de 18 ans⁵². Par conséquent, des médecins refusent de prendre en charge des adolescentes enceintes afin d'éviter des complications juridiques. À l'inverse, les tribunaux au Zimbabwe et en Afrique du Sud ont commencé à reconnaître les réalités de la sexualité à l'adolescence. Au Zimbabwe, par exemple, un juge a fait remarquer que « les relations sexuelles entre pairs sont une réalité de la sexualité à l'adolescence. Elles ne justifient pas une peine d'emprisonnement avec sursis pour un adolescent qui a eu des relations sexuelles dans le cadre d'une relation amoureuse avec une personne de son âge⁵³. »

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

De nombreuses études démontrent une corrélation positive entre l'augmentation de la scolarisation des filles et l'amélioration des résultats en matière de SDSR, notamment : un âge de mariage plus élevé, un recours accru à la contraception, un âge plus avancé à la naissance du premier enfant, une utilisation plus fréquente des services de santé et une réduction des risques de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles^{54, 55, 56}. Dans 15 pays d'Asie et d'Afrique, les connaissances sur le VIH/sida des filles ayant terminé leurs études secondaires étaient supérieures à celles des filles n'ayant reçu qu'une éducation primaire⁵⁷. L'éducation est un levier essentiel pour promouvoir l'égalité des genres et renforcer les compétences, les connaissances et le pouvoir des filles afin qu'elles puissent remettre en question les normes discriminatoires et faire valoir leur SDSR⁵⁸. Par ailleurs, les programmes qui améliorent la santé et la nutrition des filles et soutiennent leur développement socio-émotionnel — notamment les programmes de SDSR et de santé menstruelle — peuvent contribuer à lever les obstacles à la scolarisation et favoriser la réussite scolaire des filles⁵⁹.

L'effet protecteur de la scolarisation contre le mariage des enfants est le plus important au niveau secondaire⁶⁰, période durant laquelle les établissements scolaires jouent également un rôle essentiel pour mettre les adolescentes en relation avec des informations et des services de SDSR, ainsi qu'avec des adultes de confiance. Pour remédier au mariage des enfants, il est nécessaire de mettre en place, dans les écoles et les communautés, des mécanismes de signalement, d'orientation et de prise en charge adaptés aux jeunes. La formation et la sensibilisation du corps enseignant, des élèves, des membres des communautés et des autorités locales, ainsi que la collaboration avec les organismes publics compétents et les prestataires de services, sont également essentielles⁶¹.

^g Capacités 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.

Le mariage des enfants est à la fois une cause et une conséquence des grossesses à l'adolescence, et tous deux ont des effets négatifs sur la santé et l'éducation des filles. Le mariage des enfants et les grossesses précoces peuvent pousser les filles à quitter l'école ou entraîner leur exclusion en raison de la stigmatisation, de mesures punitives ou discriminatoires à l'égard des filles enceintes et de l'absence de politiques de réintégration scolaire adaptées⁶². L'accès à des programmes d'éducation complète à la sexualité (ECS)^h efficaces peut contribuer à prévenir les grossesses précoces et involontaires, tandis que la mise en œuvre de politiques solides de retour aux études et la création d'environnements d'apprentissage bienveillants peuvent aider les adolescentes enceintes ou mères à retourner à l'école^{63, 64}.

Parallèlement aux efforts visant à prévenir l'abandon scolaire et à soutenir le retour aux études des filles, les cliniques mobiles de SDSR, les programmes d'espaces sûrs, les interventions sur les normes sociales et les centres de services intégrés offrant des soins de santé, une aide juridique, un soutien psychosocial et des services d'orientation peuvent s'avérer efficaces pour **atteindre les adolescentes non scolarisées**.

En bref : obstacles politiques à l'ECS et à la SDSR

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 éléments du [Consensus de Montevideo sur la population et le développement](#) où les progrès ont été les plus faibles.

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 fournit aux filles et aux garçons des informations exactes sur la SDSR et leur permet de développer des compétences essentielles pour faire des choix sûrs et sains, réduisant ainsi les comportements sexuels à risqueⁱ.

En abordant des thèmes tels que le consentement, l'ECS joue un rôle central dans la prévention de la violence sexuelle et basée sur le genre et contribue à réduire les grossesses non planifiées et les IST⁶⁵. Les données montrent qu'une ECS qui intègre (dès le plus jeune âge et en tenant compte des capacités évolutives des jeunes) des discussions sur le genre et les rapports de pouvoir a des effets positifs sur les résultats en matière de SDSR⁶⁶.

Dans les contextes où la sexualité des jeunes est taboue, l'ECS peut ne pas figurer au programme scolaire, certains sujets clés peuvent être écartés et les discussions sur la sexualité et la SDSR peuvent être découragées. Lorsque les jeunes n'ont pas accès à des informations exactes sur la SDSR, il leur manque les connaissances de base nécessaires pour se protéger contre les grossesses non souhaitées et les IST. Par exemple, une fille n'ayant pas de connaissances complètes et fiables sur le VIH pourrait être moins enclue à exiger le port du condom ou d'autres pratiques sexuelles sûres⁶⁷.



Étude de cas : démystifier les idées reçues et offrir un soutien concret en matière de santé 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 directions d'école, des bénévoles communautaires et des clubs « Je suis une fille, pas une épouse » dans trois établissements pour remédier au mariage des enfants, renforcer l'éducation à la SDSR et répondre aux besoins des adolescentes en matière de santé menstruelle.

Des **clubs de filles** ont servi d'espace où les filles ont partagé leurs connaissances sur les menstruations et la SDSR, renforcé leur confiance en elles et tissé des liens de solidarité avec leurs pairs, tout en déconstruisant les idées reçues et les sources de stigmatisation. Une initiative de « **banque de serviettes hygiéniques** » fournissant des produits d'hygiène menstruelle a également été mise en place par l'entremise de ces clubs et a contribué à améliorer la fréquentation et les résultats scolaires des filles.

En s'engageant sur ces questions, les filles et le corps enseignant — y compris les hommes — jouent désormais un rôle clé en faveur de l'amélioration de la SDSR et de la fin du mariage des enfants dans leur communauté.



Petit conseil ! L'impact de ces interventions peut être mesuré en effectuant un **suivi** de la fréquentation et la réussite scolaires, ainsi qu'au moyen d'entretiens avec les filles, le corps enseignant et les autres responsables scolaires.

Seulement 30 % des filles âgées de 15 à 24 ans dans le monde ont des connaissances complètes et exactes sur le VIH⁶⁸. De même, le manque de connaissances sur les menstruations, conjugué à la précarité menstruelle^j et à l'absence de toilettes et d'installations sanitaires sûres et privées, peut pousser des filles à abandonner l'école prématurément, ce qui accroît le risque de mariage des enfants et nuit à la SDSR plus globalement⁶⁹.

Le mariage des enfants et les grossesses chez les adolescentes

Soixante-seize pour cent des naissances chez les adolescentes ont lieu dans le cadre du mariage, ce qui signifie des millions de filles et d'adolescentes dans le monde⁷⁰. Chaque année, on estime que 2 millions de filles âgées de 15 à 19 ans tombent enceintes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; environ la moitié de ces grossesses ne sont pas planifiées⁷¹. Environ 12,1 millions de filles âgées de 15 à 19 ans et 500 000 filles âgées de 10 à 14 ans ont accouché en 2021⁷².

Le taux de natalité chez les adolescentes^k a diminué à l'échelle mondiale, mais les progrès ont été inégaux. À l'échelle mondiale, le taux est passé de 64,5 naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans en 2000 à 41,3 naissances en 2023 ; la baisse la plus notable a été observée en Asie du Sud. En Afrique subsaharienne ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, les diminutions ont été plus lentes et les taux restent les plus élevés au monde, à 97,9 et 51,4 naissances pour 1 000 filles, respectivement⁷³.

^h Selon 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 habilleront 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. »

ⁱ Parmi les comportements sexuels susceptibles d'entraîner de mauvais résultats en matière de santé figurent la précocité des premiers rapports sexuels, le non-recours à la contraception, le non-usage de méthodes barrières, le multipartenariat sexuel simultané, les rapports sexuels transactionnels et les activités sexuelles sous l'influence de drogues ou d'alcool.

^j La précarité menstruelle est une injustice sociale mondiale qui touche les personnes n'ayant pas accès à des produits pour gérer leurs menstruations, que ce soit pour des raisons financières ou autres.

^k Taux de natalité des filles âgées de 15 à 19 ans.

Dans de nombreux contextes, le mariage des enfants favorise les grossesses à l'adolescence, car les filles subissent une forte pression sociale pour prouver leur fertilité sans disposer des moyens ni des ressources nécessaires pour y résister⁷⁴. Elles ont ainsi peu de pouvoir pour décider du moment où elles auront des enfants et de leur nombre, ce qui constitue une violation de leurs droits sexuels et reproductifs fondamentaux. Les bébés nés de mères adolescentes sont plus susceptibles de présenter une insuffisance pondérale à la naissance, de naître prématurément et de souffrir de complications néonatales graves^{75, 76, 77}.

Dans certains contextes, une grossesse à l'adolescence peut entraîner un mariage d'enfant, surtout lorsque la sexualité des filles avant le mariage est taboue — comme en Afrique de l'Ouest, du Centre, de l'Est et australe, ainsi qu'en Asie du Sud — et que la virginité est associée à des notions de pureté et d'honneur familial^{78, 79, 80, 81}. Ce lien est particulièrement fréquent là où les moyens de contraception sont rares ou inaccessibles et où l'accès à des services d'avortement sûrs est limité⁸².

Les faits montrent que les filles et les femmes ayant vécu une grossesse à l'adolescence ou un mariage d'enfant sont plus susceptibles de souffrir de divers problèmes de santé mentale, notamment une faible estime de soi, de l'anxiété, de la dépression et des pensées suicidaires^{83, 84}. Plus une fille se marie jeune, plus l'impact est important, et les conséquences peuvent être aggravées par les violences sexuelles, les grossesses non désirées, le divorce, la séparation, le veuvage, ainsi que par les conflits ou les situations de crise⁸⁵. Dans une région d'Éthiopie touchée par un conflit, les jeunes femmes mariées avant l'âge de 18 ans étaient deux fois plus susceptibles de présenter des symptômes de dépression légère et quatre fois plus susceptibles de souffrir d'une dépression modérée à sévère que leurs pairs jamais mariées⁸⁶. Soulignons que les données sur la santé mentale et le mariage des enfants restent limitées et que les services de soutien destinés à ce groupe sont insuffisants et gravement sous-financés⁸⁷.

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

Le manque d'accès à la contraception, l'insuffisance d'information et d'éducation, ainsi que des niveaux élevés de violence sexuelle comptent parmi les principaux facteurs de grossesses involontaires chez les adolescentes^{88, 89}. Bien souvent, les filles mariées ont encore moins de contrôle sur leurs choix reproductifs. Ce manque d'autonomie peut mener à des grossesses non désirées et à la poursuite forcée de ces grossesses.

Une forte proportion de grossesses chez les adolescentes dans le monde sont déclarées comme involontaires. Dans plus d'un tiers des pays d'Afrique, plus de 40 % des naissances chez les moins de 20 ans résultent d'une grossesse involontaire, et dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, plus de la moitié des naissances chez les mères adolescentes résultent de grossesses involontaires⁹⁰.

À l'échelle mondiale, 61 % des grossesses involontaires se terminent par un avortement, ce qui souligne l'importance de garantir l'accès à des services d'avortement médicalisé et à des soins après avortement^{1, 91}. Les données sur l'avortement chez les adolescentes sont limitées, mais une analyse réalisée en 2019 par le Guttmacher Institute estime que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 55 % des grossesses non intentionnelles chez les adolescentes de 15 à 19 ans se sont terminées par un avortement provoqué^{m, 92}.



En bref : les grossesses chez les adolescentes et l'avortement^{98, 99}

- Environ **21 millions** d'adolescentes (âgées de 15 à 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 pratiqué dans des conditions non sûres.

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.

Il n'a jamais été démontré que l'imposition de restrictions entraîne une diminution des taux d'avortement⁹³ ; en revanche, de nombreuses données et témoignages montrent que, là où de telles restrictions existent, les grossesses involontaires restent fréquentes et les avortements sont souvent pratiqués dans des conditions dangereuses pouvant entraîner des complications, voire la mort⁹⁴. En 2024, 40 % des femmes en âge de procréer vivaient dans des pays où l'avortement est fortement restreint⁹⁵. Ces femmes doivent soit mener à terme une grossesse non désirée, soit recourir à un avortement non médicalisé ou à des méthodes non approuvées qui mettent leur santé et leur vie en danger⁹⁶. Les adolescentes mariées — souvent isolées, contrôlées et économiquement dépendantes de leur partenaire et de leur belle-famille — sont exposées à des risques encore plus grands. Des décennies de données montrent que les avortements non médicalisés contribuent de manière importante à la mortalité maternelle. On estime que 8 à 11 % de l'ensemble des décès maternels sont dus à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Par ailleurs, les adolescentes seraient plus susceptibles que les femmes plus âgées de s'adresser à des prestataires non sûrs⁹⁷.

Le mariage des enfants et la santé maternelle et infantile

Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement figurent invariablement parmi les principales causes de décès chez les filles de 15 à 19 ans dans le monde, en grande partie dans les pays à revenu faible ou intermédiaire¹⁰⁰. De nombreuses complications courantes de l'accouchement (mais largement évitables) telles que les troubles hypertensifs, les hémorragies, le travail prématuré, les infections généralisées et le travail obstrué sont plus susceptibles de toucher les filles âgées de 15 à 19 ans que des femmes seulement quelques années plus âgées^{101, 102}. Les adolescentes de moins de 15 ans encourrent également un risque plus élevé de complications post-natales. On estime que jusqu'à 86 % des cas de fistules obstétricales surviennent chez des filles de moins de 18 ans¹⁰³.



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 femmes, la fin du mariage des enfants pourrait, sur une période de 15 ans, avoir les effets suivants¹⁰²:

2,2 millions
d'enfants supplémentaires
atteignant l'âge de 5 ans

3,6 millions
d'enfants supplémentaires
évitant un retard de croissance

¹ Les 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.

^m L'avortement provoqué, ou avortement volontaire, désigne l'interruption volontaire de la grossesse, par opposition à l'avortement spontané (aussi appelé fausse couche).

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 aux services de santé¹⁰⁴. La plupart des pays ne possèdent pas de données ventilées selon l'origine ethnique, mais les taux beaucoup plus élevés de décès maternels chez les femmes noires par rapport aux femmes blanches au Royaume-Uni et aux États-Unis suggèrent que des formes persistantes de discrimination et d'exclusion — et non pas uniquement un manque de ressources — jouent un rôle considérable dans de nombreuses inégalités en matière de SDSR dans le monde^{105, 106}. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, les femmes noires sont respectivement quatre et trois fois plus susceptibles de mourir de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement que les femmes blanches^{107, 108}.

Les bébés nés d'une mère adolescente courent davantage de risques pour leur santé — et même pour leur survie — que ceux nés de mères plus âgées. Ils sont également plus susceptibles de souffrir d'insuffisance pondérale et de présenter un mauvais état nutritionnel tout au long de leur enfance^{109, 110, 111}.

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 décider elles-mêmes si, quand et combien d'enfants elles souhaitent avoir, tout en se protégeant mieux contre les IST, y compris le VIH.

Les adolescentes mariées sont celles qui utilisent le moins les méthodes contraceptives et présentent les taux les plus élevés de besoins non satisfaits, ce qui se traduit par des taux élevés de grossesses involontaires¹¹². 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 modernes¹¹⁴. Les besoins non satisfaits en matière de contraception sont particulièrement élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans (39,1 %) et les jeunes femmes de 20 à 24 ans (33 %)¹¹⁵.

L'attitude des prestataires représente le principal obstacle à l'accès des adolescentes à des services de contraception et d'avortement^{116, 117}. Des prestataires peuvent refuser de fournir des contraceptifs ou des services d'avortement aux adolescentes en raison de leur âge ou en opposition aux relations sexuelles avant le mariage. Les adolescentes déclarent souvent éviter de recourir aux services de santé sexuelle par crainte de s'exposer à des reproches ou à des sanctions en raison de leur activité sexuelle^{118, 119}. Même les prestataires souhaitant fournir des méthodes de contraception peuvent limiter leur offre à des méthodes de courte durée, moins efficaces, en raison d'idées préconçues — par exemple, la croyance, erronée, que certaines méthodes seraient inadaptées aux jeunes parce qu'elles pourraient nuire à leur fertilité¹²⁰.

Il est également difficile pour les adolescentes mariées d'accéder à l'éventail complet des méthodes contraceptives en raison de leur âge, de certaines croyances des prestataires concernant la nécessité du consentement du mari, et de l'idée selon laquelle les filles devraient avoir un enfant peu de temps après le mariage¹²¹.

En plus des obstacles auxquels sont confrontées les personnes de tous âges dans les contextes à revenu faible ou intermédiaire (comme le coût, l'éloignement des services ou l'offre limitée de méthodes contraceptives), les jeunes se heurtent à des difficultés supplémentaires d'accès aux services. Parmi ces obstacles figurent les horaires d'ouverture des cliniques, qui peuvent être incompatibles avec la scolarité, l'emplacement indiscret ou peu pratique des dispensaires, ainsi que des lois, politiques et pratiques qui exigent le consentement parental ou interdisent la fourniture de contraceptifs aux personnes qui ne sont pas mariées ou n'ont pas atteint un certain âge¹²². Souvent, les jeunes craignent d'utiliser la contraception en raison de mythes et d'idées fausses sur ses effets secondaires, ainsi que de la stigmatisation associée à son utilisation¹²³.



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

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

Cet espace dédié aux jeunes est équipé de **matériel récréatif et d'éducation ludique** qui permet de les mobiliser pendant qu'ils et elles attendent de recevoir des services cliniques. Ces services sont assurés par un personnel de la santé également formé à la **prestation de services adaptés aux jeunes**.

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



Petit conseil ! Cette réussite repose sur la **sélection minutieuse des pairs éducateurs et éducatrices** — en fonction de l'âge, du genre et des comportements à risque — qui sont des personnes reconnues et appréciées dans la communauté, ce qui favorise des échanges plus ouverts.

La pauvreté urbaine, les déplacements et les crises humanitaires exacerbent les difficultés d'accès aux services pour les adolescentes, en particulier celles qui vivent dans des quartiers informels ou dans des camps de personnes réfugiées ou de déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Ces adolescentes sont exposées à des risques accrus, et leur accès à des services de SDSR de qualité est d'autant plus limité^{124, 125}.

Même lorsque les moyens de contraception sont disponibles, leur utilisation reste semée d'obstacles. Sous la pression sociale qui exige de démontrer sa fécondité, les adolescentes mariées peuvent être contraintes d'utiliser la contraception en secret. Les adolescentes non mariées, quant à elles, peuvent avoir du mal à insister pour utiliser des contraceptifs en raison de la stigmatisation qui y est associée. Et même lorsqu'elles y parviennent, elles disposent rarement des informations nécessaires pour les utiliser correctement¹²⁶.

Le mariage des enfants et le VIH

À l'échelle mondiale, les jeunes femmes sont plus susceptibles de contracter le VIH que leurs homologues masculins. En 2024, les filles représentaient 71 % des nouvelles infections au VIH parmi les adolescents et adolescentes¹²⁷. L'Afrique de l'Est et australie, qui est la région la plus lourdement touchée par le VIH, est aussi celle où la prévalence du mariage des enfants est la deuxième plus élevée au monde, avec un taux de 31 %¹²⁸. Même si le nombre de nouvelles infections au VIH et de décès liés au sida a considérablement diminué dans la région, ces progrès varient selon les pays et les populations. Les femmes et les adolescentes de 15 ans et plus demeurent les plus touchées : en 2022, elles représentaient 61 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans la région. Les adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans courent un risque plus élevé de contracter le VIH que les garçons du même groupe d'âge et que les femmes plus âgées¹²⁹.

Certains des facteurs qui exposent les filles à un risque accru de contracter le VIH sont ceux-là mêmes qui les rendent vulnérables au mariage des enfants. Parmi ces facteurs figurent la pauvreté, un faible niveau de scolarité et les inégalités de genre, qui limitent la capacité des filles à prendre des décisions concernant leur propre santé, le choix de leurs partenaires sexuels, l'utilisation et le type de contraception, ainsi que le choix de leur conjoint et le moment de leur mariage^{130, 131}.

Une revue systématique récente a révélé que, comparativement à

leurs pairs masculins, les adolescentes étaient moins susceptibles de se considérer à risque de contracter le VIH, moins prudentes dans l'évitement de rapports sexuels non protégés avec des personnes séropositives et moins enclines à avoir une opinion positive de l'utilisation du préservatif¹³².

Dans certains contextes, le mariage des enfants peut exposer les filles à un risque accru de contracter le VIH. Les filles mariées avant l'âge de 18 ans ont souvent des relations sexuelles fréquentes et non protégées, peuvent être mariées à des hommes plus âgés ayant eu de multiples partenaires sexuels, manquent souvent du pouvoir nécessaire pour négocier des rapports sexuels protégés ou pour accéder à des services essentiels de SDSR, et présentent des taux élevés de violence conjugale — autant de facteurs qui augmentent leur risque de contracter le VIH¹³³.

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 intime¹³⁴. La violence à l'égard des femmes et des filles prend de nombreuses formes, notamment les mariages et unions d'enfants, précoces et forcés, qui ne laissent aucune place au choix. Elle expose les filles et les femmes à un risque accru de violences sexuelles, physiques et psychologiques, ainsi qu'à des conséquences connexes telles que des problèmes de santé — notamment en matière de SDSR — et de santé mentale et psychosociale, et ce tout au long de leur vie¹³⁵.

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 l'écart d'âge entre la fille et son mari est important, plus le risque de violences conjugales est élevé^{136, 137, 138}.

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 associées à des conséquences néfastes pour la SDSR, notamment des grossesses involontaires, des avortements provoqués, des problèmes gynécologiques et des 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 naissance¹³⁹.

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 violences conjugales physiques ou sexuelles que celles mariées après l'âge de 18 ans¹⁴⁰.
- D'après des données récentes du Lesotho, de Namibie et du Zimbabwe¹⁴¹ :
 - **Un quart** des filles et des femmes mariées avant l'âge de 18 ans et ayant subi des violences sexuelles pendant leur enfance signalent avoir éprouvé une détresse psychologique au cours du dernier mois.
 - Un antécédent de violences sexuelles durant l'enfance **augmente de 2,5 fois** le risque de souffrir de détresse psychologique.

ⁿ **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 SDSR et à la prévention du mariage des enfants. Elles ont pour objectif de modifier les comportements, les opinions et les normes sociales.

Les interventions à l'égard de l'offre visent à améliorer la disponibilité, l'accèsibilité, la qualité et la réactivité des services liés à la SDSR et à la prévention du mariage des enfants. Elles ont pour objectif de garantir l'existence des infrastructures, des ressources et du personnel formé nécessaires pour répondre à la demande.

Le mariage des enfants et la SDSR dans un contexte de polycrise

La polycrise — qui combine les séquelles de la pandémie de COVID-19, les conflits et la crise climatique — est à l'origine d'une augmentation du nombre de mariages d'enfants. Pour chaque décuplement du nombre de décès liés aux conflits, les taux de mariages d'enfants augmentent de 7 %, et pour chaque variation de 10 % des précipitations attribuable aux changements climatiques, ils augmentent de 1 %¹⁴².

Dans les contextes de conflit ou de crise, l'accès des filles à des services de protection essentiels — tels que l'éducation, les services à l'égard de la violence basée sur le genre et les services de SDSR — peut être gravement perturbé. Les établissements d'enseignement peuvent être la cible d'attaques directes, ce qui expose les filles à un risque accru de violences sexuelles et de traite et pousse certaines familles à considérer le mariage des enfants comme un moyen de les protéger. Les filles mariées, enceintes ou déjà mères sont très peu susceptibles de reprendre leurs études à la réouverture des établissements, ce qui limite encore davantage leur accès à une ECS et à d'autres informations et services de soutien¹⁴³.

On estime que la pandémie de COVID-19 entraînera 10 millions de mariages d'enfants supplémentaires d'ici 2030, notamment en raison de la perturbation des services de SDSR et d'autres services de protection¹⁴⁴. Par exemple, la pandémie aurait perturbé l'accès à la contraception pour environ 12 millions de femmes, ce qui aurait entraîné près de 1,4 million de grossesses non planifiées dans 115 pays à revenu faible ou intermédiaire pour la seule année 2020¹⁴⁵.

Les espaces sûrs peuvent jouer un rôle essentiel en orientant les filles vers des informations et des services de SDSR dans les contextes de crise ou de conflit. Ils offrent également aux filles et aux femmes un environnement où elles se sentent suffisamment en sécurité, physiquement et psychologiquement, pour parler de SDSR et de violence basée sur le genre, et où elles ont accès à des services et aux fournitures nécessaires¹⁴⁶.

On dispose d'un nombre croissant de données sur des pratiques prometteuses permettant d'offrir des services de SDSR flexibles et contextuels aux adolescentes dans les situations humanitaires. Les cliniques mobiles et les camps de SDSR, en particulier, se sont révélés efficaces pour atteindre les adolescentes les plus marginalisées^{147, 148}.

Recommandations

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

Une telle approche doit combiner des interventions à l'égard de la demande et de l'offreⁿ 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 ; d'accéder à des services de SDSR appropriés et de qualité ; et de jouir du niveau le plus élevé possible de SDSR¹⁴⁹.

Recommandations à l'intention des gouvernements nationaux :

1. Allouer un budget national à des services de SDSR de qualité, abordables et adaptés aux adolescents et adolescentes, conformément au Programme d'action de la CIPD, à la CIPD+5, à la CIPD+25 et à la Déclaration du Forum de la jeunesse de Bali de 2012, qui appellent à des services fondés sur les droits, à la suppression des obstacles juridiques (p. ex., le consentement

parental ou conjugal) et à l'accès à une éducation complète à la sexualité.

- **Consacrer au moins 10 % des budgets de développement nationaux et des budgets d'aide publique au développement** à la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD et des examens ultérieurs susmentionnés, y compris dans les contextes humanitaires. L'aide publique au développement devrait correspondre à au moins 0,7 % du revenu national brut.
- **Élargir l'accès des filles à des informations et à des services de SDSR complets et de qualité.** À cette fin, il faut notamment accroître l'accès aux contraceptifs dans le cadre des efforts visant à atteindre la couverture sanitaire universelle, éliminer toute exigence relative au consentement parental et redoubler d'efforts pour transformer les normes sociales et les stéréotypes de genre ayant trait à la sexualité des jeunes.
- **Investir dans la formation du personnel de santé et du personnel auxiliaire** afin que les adolescentes reçoivent des services de SDSR de qualité, équitables et exempts de discrimination, y compris les filles mariées, enceintes ou mères.

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

3. Fournir une éducation complète à la sexualité, scientifiquement exacte, fondée sur les programmes d'études, non discriminatoire et tenant compte des capacités évolutives des jeunes. L'éducation compétente 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 sans discrimination l'intégrité et l'autonomie corporelles des filles. Supprimer tout obstacle normatif visant à contrôler la sexualité des filles mariées et non mariées et leur accès aux services et aux informations de SDSR. Il convient notamment d'éliminer l'imposition du consentement d'un tiers, de dériminaliser les rapports sexuels consentants à l'adolescence et de garantir la confidentialité.

5. Appuyer la participation et le leadership effectifs, inclusifs et sûrs des adolescentes et adolescents, ainsi que des jeunes — dans toute leur diversité — dans les décisions concernant l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des initiatives de SDSR.

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 SDSR, de l'élimination de la violence basée sur le genre et de la justice — qui complètent les interventions menées par les jeunes et la société civile en matière de changement des normes sociales, afin d'offrir aux filles des possibilités autres que le mariage.

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

- **Intégrer la SDSR 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 fondés sur les besoins et les préoccupations



Études de cas : collaborer avec diverses parties prenantes pour renforcer le soutien envers la SDSR des adolescents et adolescentes au Mozambique

L'Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família (**AMODEFA**) collabore avec des membres de communautés, des leaders religieux, des enseignant·es, des représentant·es 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 SDSR.

Au niveau national, l'AMODEFA plaide en faveur de **réformes politiques et législatives** pour soutenir des services de SDSR qui mobilisent davantage les communautés, les jeunes et les femmes leaders.

Au niveau communautaire, l'organisation se concentre sur le **changement social et comportemental** et sur la **création de la demande**. Des membres du mouvement d'action des jeunes et de pairs éducateurs, avec l'appui de l'AMODEFA et d'enseignants et enseignantes, diffusent des informations exactes et à jour sur la SDSR des jeunes et sur l'éducation complète à la sexualité dans les écoles comme dans les communautés. En conséquence, des leaders communautaires et religieux se sont engagés à sensibiliser la population et à signaler les 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 jeunes nécessite une bonne **coordination**, afin de renforcer les apprentissages et d'éviter les chevauchements.
- Les leaders communautaires et religieux, les associations de jeunes, les forces policières et les pouvoirs publics doivent participer aux formations afin de nouer des liens et de partager des points de vue. La démarche doit être **claire, fondée sur les droits humains** et répondre à leurs préoccupations, **sans jugement**. Lorsqu'elle est bien menée, la mobilisation peut permettre de transformer des personnes potentiellement opposées en partenaires de premier plan pour la promotion de la SDSR des adolescentes et des adolescents.
- La formation doit s'inscrire dans une **séquence d'interventions** bien planifiée et suivie, qui encourage la participation et l'appropriation sur le long terme.

en matière de SDSR tels que définis par les enfants, les adolescentes, les filles mariées et les filles ayant déjà été mariées au début des crises humanitaires.

• Répondre aux besoins de SDSR des filles et des femmes touchées par une crise au sein d'un cadre de soutien complet. Pour obtenir des résultats positifs en matière de SDSR, il est indispensable que d'autres droits soient respectés, notamment le droit à l'éducation, à l'alimentation, à l'eau, à la sécurité, au logement et à l'assainissement.

8. Améliorer les systèmes et les méthodes de collecte de données afin de rendre compte avec exactitude du mariage des enfants et du recours aux services de SDSR. Ces données doivent au minimum être ventilées par genre et par âge et inclure des indicateurs précis permettant de cibler les filles et les groupes les plus marginalisés qui rencontrent le plus de difficultés d'accès aux services.

Recommandations à l'intention des organes de l'ONU et des organisations internationales :

- 1.** Travailler en partenariat avec des organisations de la société civile, en particulier des organisations dirigées par des jeunes et par des femmes qui œuvrent dans les communautés où la prévalence du mariage des enfants est élevée, ainsi qu'avec les filles et les populations les plus à risque ou les plus touchées par cette pratique.
- 2.** **Élaborer des programmes de SDSR pour les jeunes mères primipares qui adoptent une approche socioécologique axée sur les étapes de la vie^o.** Ces programmes doivent aller au-delà de la santé et améliorer les résultats en matière de communication au sein du couple, d'attitudes égalitaires entre les 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 peuvent parler librement, se soutenir mutuellement, exprimer leurs besoins et participer à l'élaboration des programmes et des services.

Recommandations à l'intention des bailleurs de fonds :

- 1.** **Investir dans des programmes pluriannuels, adaptés au contexte et à l'âge, s'appuyant sur les observations des jeunes et promouvant l'égalité des genres, en collaboration avec les filles dans leurs communautés.** Ces programmes doivent fournir des informations exactes et accessibles sur la SDSR ; mettre en place des mécanismes d'orientation vers les services de SDSR et d'autres services, notamment un soutien spécialisé pour la violence basée sur le genre, une aide juridique et des dispositifs de protection sociale ; et contribuer à transformer les normes de genre et les facteurs à l'origine du mariage des enfants.
- 2.** **Investir dans les organisations de la société civile, qui sont essentielles à la réussite des programmes à l'égard de la SDSR et du mariage des enfants :**
 - **Renforcer la capacité organisationnelle des organisations de la société civile au moyen de partenariats techniques et financiers,** afin d'améliorer l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de promotion de l'égalité des genres qui consolident le leadership et la capacité d'action des filles et des jeunes.
 - **Investir dans des initiatives de développement dirigées par les communautés,** en particulier celles dirigées par les filles, les adolescentes 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 probantes et les mécanismes de redevabilité** qui accordent la priorité à la collecte de données ventilées (par âge, genre, origine ethnique et statut socioéconomique) afin d'éclairer les interventions ciblées, l'évaluation des interventions et l'élaboration des politiques.

Recommandations à l'intention des organisations de la société civile

- 1.** **Créer des espaces sûrs pour les enfants et les jeunes,** dans toute leur diversité, afin de renforcer leur esprit critique et de leur permettre d'accéder aux informations dont ils et elles ont besoin pour déconstruire les normes et comportements de genre intériorisés qui ont des effets négatifs sur leur SDSR ainsi que sur leurs choix et trajectoires 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, afin de développer une prise de conscience critique des effets négatifs du contrôle patriarcal exercé sur l'autonomie corporelle des filles et du rôle qu'ils peuvent jouer pour transformer leurs propres attitudes et comportements, en tant qu'alliés de la SDSR, de l'égalité de genre et de la prévention du mariage des enfants.

3. Adopter une approche intersectionnelle qui tient compte des contextes de crises pour promouvoir la satisfaction des besoins de SDSR de toutes les filles, y compris les adolescentes mariées, enceintes, mères, déplacées, réfugiées, vivant avec un handicap, issues d'une caste minorisée, d'un peuple autochtone ou d'un groupe ethnique minoritaire, ou qui ne s'identifient pas comme cisgenres.

4. Renforcer les mouvements et les alliances à l'appuyer du plaidoyer, du partage de connaissances, de la solidarité et des soins collectifs, afin de faire progresser le Programme d'action de la CIPD et de contrer la remise en cause des droits en matière de SDSR par les mouvements anti-droits dans le monde entier.



Étude de cas : une approche globale et pluriniveaux pour agir sur le mariage des enfants et la SDSR dans le Jharkhand, en Inde

L'initiative « Deux pas 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 SDSR aux adolescentes et adolescents.

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

SGVV a également créé des « banques de serviettes hygiéniques » fournissant des **produits d'hygiène menstruelle** dans 40 écoles, ce qui permet de répondre aux besoins des adolescentes et d'améliorer leur assiduité scolaire.

En plus de ce travail auprès des jeunes, SGVV a mené des **activités de sensibilisation** sur le mariage des enfants et la SDSR auprès des membres de la communauté, contribuant à instaurer un environnement plus informé et plus proactif. L'organisation a développé des relations étroites avec les autorités publiques, notamment les responsables de l'interdiction du mariage des enfants au niveau local, afin de favoriser une meilleure **coordination** des réponses en matière de SDSR et de mariage des enfants.



Petit conseil ! Il est essentiel de cultiver des **relations solides**, qu'il soit question de collaborer avec les autorités publiques ou d'aider les jeunes à nouer des liens et à apprendre mutuellement.

^o Les programmes de SDSR qui adoptent une approche socioécologique axée sur les étapes de la vie tiennent compte des besoins divers des personnes aux différents moments de leur existence et prennent en considération les multiples facteurs qui influent sur la SDSR, depuis l'éducation individuelle jusqu'aux normes sociales et aux politiques publiques.

Références

- 1 UNICEF, [Is an end to child marriage within reach? Latest trends and future prospects](#), 2023.
- 2 UNICEF, [Base de données mondiales sur le mariage des enfants](#), 2022.
- 3 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).
- 4 S. Sidibé et al., « [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. 28 (2022).
- 5 Filles, Pas Epouses, [Appuyer les filles déjà mariées, les mères adolescentes et les filles enceintes](#), 2021.
- 6 R. A Burgess et al., « [Overlooked and unaddressed: A narrative review of mental health consequences of child marriages](#) », PLOS Global Public Health, vol. 1, no 1 (2022).
- 7 S. Aggarwal et al., « [Child marriage and the mental health of adolescent girls: a longitudinal cohort study from Uttar Pradesh and Bihar, India](#) », The Lancet Regional Health - Southeast Asia, vol. 8 (2022), 100102.
- 8 B. E. Hayes et M. E. Protas, « [Child Marriage and Intimate Partner Violence: An Examination of Individual, Community, and National Factors](#) », Journal of Interpersonal Violence, vol. 37, no 21-22 (2022), NP19664–NP19687.
- 9 A. Thakur, « [Risk factors for cancer cervix among rural women of a hilly state: a case-control study](#) », Indian Journal of Public Health, vol. 59, no 1 (2015), p. 45-48.
- 10 Filles, Pas Epouses, [Le mariage des enfants et la santé et les droits sexuels et reproductifs](#), 2019.
- 11 N. Noori, « [The Effect of Adolescent Pregnancy on Child Mortality in 46 Low-and Middle-Income Countries](#) », BMJ Global Health, vol. 7, no 5 (2022), e007681.
- 12 Q. Wodon, N. Onagoruwa et N. John, [Economic Impacts of Child Marriage: Health and Nutrition for Children of Young Mothers](#), Banque mondiale et Centre international de recherche sur les femmes, 2017.
- 13 M. C. Kok et al., « [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.
- 14 M. Billowitz, N. Karim et K. Watson, [La sexualité des filles et les mariages et unions d'enfants, précoce et forcés : cadre conceptuel](#), Torchlight Collective et le Groupe de travail sur les mariages et unions d'enfants, précoce et forcés et la sexualité, 2022, p.14.
- 15 G. G. Sitefane et al., « [Better taking the risk than a lifetime punishment of early forced marriage": Young people's perceptions and experiences towards voluntary termination of pregnancy in northern Mozambique](#) », Sexual & Reproductive Healthcare, vol. 41 (2024), 101007.
- 16 S. Petroni et al., « [New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa](#) », Annals of Global Health, vol. 83, no 5-6 (2017).
- 17 Nations Unies, [Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement : Édition du vingtième anniversaire](#), 2014.
- 18 Chaque femme, chaque enfant, [Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent \(2016-2030\)](#), 2015.
- 19 UNICEF, 2023, op. cit.
- 20 P. Nanda, S. Tandon et A. Khanna, 2020, op. cit.
- 21 J. Molitoris et al., « [Early Childbearing and Child Marriage: An Update](#) », Studies in family planning, vol 54, no 3 (2023), p. 503-521.
- 22 UNFPA, [Motherhood in Childhood: The Untold Story Executive Summary](#), 2022.
- 23 UNAIDS, [On the Fast-Track to end AIDS by 2030: Focus on location and population](#), 2015.
- 24 UNFPA, [Interwoven lives, threads of hope: Ending inequalities in sexual and reproductive health and rights](#), 2024.
- 25 UNDESA, Division de la population, [World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method](#), 2022, UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4.
- 26 UNFPA, [State of world population 2024: interwoven lives, threads of hope: ending inequalities in sexual and reproductive health and rights](#), 2024, p. 95.
- 27 UNFPA, [Navigating Megatrends: The ICPD Programme of Action for a Sustainable Future ICPD30 Brief: The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights](#), 2024.
- 28 Tappis, H., Bryce, E. et Boerma, T., 31 March 2022, « [Tracking Progress in Mortality Reduction in Humanitarian Settings](#) », AlignMNH.
- 29 OMS, [Mortalité maternelle](#), 2024a.
- 30 A. M. Starrs et al., « [Accelerate progress—Sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher-Lancet Commission](#) », The Lancet, vol. 391 (2018), 391(10140).
- 31 Protect the Promise, [Progress report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health \(2016–2030\)](#), 2022.
- 32 Groupe de travail sur les programmes à l'égard des MUEPF et de la sexualité, [Lever les tabous : la sexualité et les approches promouvant l'égalité des genres pour mettre fin aux unions et aux mariages d'enfants, précoce et forcés](#), 2019.
- 33 S. R. Psaki et al., « [What are the drivers of child marriage? A conceptual framework to guide policies and programs](#) », Journal of Adolescent Health, vol. 69, no 6 (2021), S13-S22.
- 34 G. G. Sitefane et al., 2024, op. cit.
- 35 E. Budu et al., « [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), 3754.
- 36 H. Schwandt et al., « ["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).
- 37 M. Lanham, « [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).
- 38 A. Wollum et al., « [Characterizing provider bias in contraceptive care in Tanzania and Burkina Faso: A mixed-methods study](#) », Social Science & Medicine, vol. 348 (2024), 116826.
- 39 A. Dixit et al., « [The association between early in marriage fertility pressure from in-laws' and family planning behaviors, among married adolescent girls in Bihar and Uttar Pradesh, India](#) », Reproductive Health, vol. 18 (2021).
- 40 PAHO, [Adolescent Pregnancy in Latin America and the Caribbean](#), 2020.
- 41 T. Dingeta et al., « [Low contraceptive utilization among young married women is associated with perceived social norms and belief in contraceptive myths in rural Ethiopia](#) », PLoS One, vol. 16, no 2 (2021), e0247484.
- 42 OCDE, [SIGI 2023 Global report: gender equality in times of crisis](#), 2023.
- 43 G. G. Sitefane et al., 2024, op. cit.
- 44 S. Petroni, M. Das et S. M. Sawyer, « [Protection versus rights: age of marriage versus age of sexual consent](#) », The Lancet Child & Adolescent Health, vol. 3, no 4 (2018), p. 274-280.
- 45 L. Ferguson et al., « [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), e014100.
- 46 S. Petroni, M. Das et S. M. Sawyer, 2018, op. cit.
- 47 G. D. Kangauude et A. Skelton, « [\(De\)Criminalizing Adolescent Sex: A Rights-Based Assessment of Age of Consent Laws in Eastern and Southern Africa](#) », SAGE Open, vol. 8, no 4 (2018).
- 48 G. Kangauude, E. Coast et T. Fetter, « [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).
- 49 G. G. Sitefane et al., 2024, op. cit.
- 50 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.
- 51 Filles, Pas Epouses, [L'impact de la loi sur le mariage des enfants et les droits des filles](#), 2024.
- 52 Ibid.
- 53 G. D. Kangauude et A. Skelton, 2018, op. cit.
- 54 J. Svanemyr et al., « [Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: A framework and promising approaches](#) », Journal of Adolescent Health, vol. 56, no 1 (2015).
- 55 Q. Wodon et al., [Educating Girls and Ending Child Marriage: A Priority for Africa](#), The Cost of Not Educating Girls Notes Series, Banque mondiale, 2018.
- 56 E. Duflo et al., [Intergenerational Impacts of Secondary Education: Experimental Evidence from Ghana](#), document de travail, NBER, 2024.
- 57 Q. Wodon, N. Onagoruwa et A. Savadogo, [Economic impacts of child marriage: Women's decision making & selected other impacts](#), Banque mondiale et Centre international de recherche sur les femmes, 2017.
- 58 Girls' Education Challenge, [Supporting girls to secure their sexual and reproductive health and rights: Lessons from the Girls' Education Challenge](#), 2023, p. 2.
- 59 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.
- 60 Ibid.
- 61 Girls' Education Challenge, [Tackling child marriage through education](#), 2024, p. 9.
- 62 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.
- 63 UNESCO, 2024, op. cit, p. 64.
- 64 Human Rights Watch, 2022, op. cit.
- 65 UNESCO, [Comprehensive sexuality education \(CSE\) country profiles](#), 2023.
- 66 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 \(HEY!\)](#), Springer, 2022.
- 67 ONU Femmes, [VIH/sida : quelques faits et chiffres](#), 2016.
- 68 UNAIDS, 2015, op. cit.
- 69 Groupe de la Banque mondiale, [Menstrual Health and Hygiene](#), 2022.
- 70 J. Molitoris et al., 2023, op. cit.
- 71 E. A. Sully et al., [Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2019](#), Guttmacher Institute, 2020.
- 72 OMS, [WHO guideline on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in low- and middle-income countries](#), 2025.
- 73 OMS, [Grossesse chez les adolescentes](#), 2024b.
- 74 A. Dixit et al., 2021, op. cit. ; et PAHO, 2020, op. cit.
- 75 N. Noori et al., 2022, op. cit.
- 76 Filles, Pas Epouses, 2019, op. cit.
- 77 Q. Wodon, N. Onagoruwa et N. John, 2017, op. cit.

- 78 Groupe de travail sur les programmes à l'égard des MUEPF et de la sexualité, 2019, op. cit.
- 79 R. Bransky et al., *Child Marriage in Sierra Leone, Guinea, Nicaragua and Indonesia: Cultural Roots and Girl Centred Solutions. Global Summary*. Purposeful Productions, 2017.
- 80 S. Petroni et al., 2017, op. cit.
- 81 M. C. Kok et al., 2023, op. cit.
- 82 M. Billowitz, N. Karim et K. Watson, 2022, op. cit., p. 14.
- 83 R. A. Burgess et al., 2022, op. cit.; et S. Aggarwal et al., 2022, op. cit.
- 84 E. Eboreime et al., « **Prioritizing the mental health needs of pregnant adolescents in sub-Saharan Africa** », *Journal of Global Health Neurology and Psychiatry*, 2022, e2022006.
- 85 Filles, Pas Epouses, *État des savoirs et suite des choses : tracer la voie à suivre pour remédier aux conséquences du mariage des enfants sur la santé mentale*, 2024.
- 86 N. Jones et al., « **Child marriage and its consequences for adolescent mental health in conflict-affected contexts: evidence from Bangladesh, Ethiopia and Jordan** », *Vulnerable Children and Youth Studies*, 2025, p. 1-22.
- 87 R. A. Burgess et al., 2022 et 2023
- 88 Plan International, *Sexual and reproductive health and rights position paper*, 2018.
- 89 V. Woog et al., *Adolescent women's need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries*. New York, Guttmacher Institute, 2015.
- 90 V. Woog et al., 2015, op. cit.
- 91 J. Bearak et al., « **Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019** », *The Lancet Global Health*, vol. 8, no 9 (2020), E1152-E1161.
- 92 E. A. Sully et al., 2020, op. cit.
- 93 J. Bearak et al., 2020, op. cit.
- 94 E. A. Sully et al., 2020, op. cit.
- 95 Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws*, 2024. Consulté le 29 octobre 2024.
- 96 Filles, Pas Epouses, 2024, op. cit.
- 97 S. Singh et al., *Abortion worldwide 2017: Uneven progress and unequal access*, Guttmacher Institute, 2018.
- 98 UNFPA, *Motherhood in Childhood: The Untold Story*, 2022.
- 99 OMS, 2024b, op. cit.
- 100 OMS, UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale et Division de la Population du DESA, *Trends in maternal mortality 2000 to 2020*, 2023.
- 101 T. Ganchimeg et al., « **Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study** », *BJOG*, vol. 121, no 1 (2014).
- 102 S. Neal et al., « **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).
- 103 P. M. Tebeu et al., « **Risk factors for obstetric fistula: a clinical review** », *Int Urogynecol J*, vol. 23, no 4 (2012), p. 387-394.
- 104 UNFPA, *Interwoven lives, threads of hope: Ending inequalities in sexual and reproductive health and rights*, 2024, op. cit.
- 105 P. M. Tebeu et al., 2012, op. cit.
- 106 M. Schaaf et al., « **A critical interpretive synthesis of power and mistreatment of women in maternity care** », *PLOS Global Public Health*, vol. 3, no 1 (2023).
- 107 MBRRACE-UK, *Saving Lives, Improving Mothers' Care*, 2022.
- 108 Center for Disease Control, Women's Health, *Working Together to Reduce Black Maternal Mortality*, 2024.
- 109 C. Welch et al., « **Adolescent pregnancy is associated with child undernutrition: Systematic review and meta-analysis** », *Maternal & Child Nutrition*, vol. 20, no 1 (2024), e13569.
- 110 N. Noori et al., 2022, op. cit.
- 111 Q. Wodon, N. Onagoruwa et N. John, 2017, op. cit.
- 112 Ibid.
- 113 UNDESA, Division de la population, 2022a, op. cit.
- 114 Ibid.
- 115 UNDESA, Division de la population, *Estimates and projections of family planning indicators 2022*, 2022b.
- 116 S. Sidibé et al., 2022, op. cit.; et Filles, Pas Epouses, 2021, op. cit.
- 117 N. B. Sidamo et al., « **Exploring Barriers to Accessing Adolescents Sexual and Reproductive Health Services in South Ethiopia Regional State: A Phenomenological Study Using Levesque's Framework** », *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, vol. 15 (2024), p. 45-61.
- 118 Ibid.
- 119 S. Sidibé et al., 2022, op. cit.
- 120 Ibid.
- 121 Filles, Pas Epouses, 2021, op. cit.
- 122 S. Sidibé et al., 2022, op. cit.
- 123 Ibid ; et Filles, Pas Epouses, 2021, op. cit.
- 124 Y. D. Wado, M. Bangha, C. W. Kabiru et al., « **Nature of, and responses to key sexual and reproductive health challenges for adolescents in urban slums in sub-Saharan Africa: a scoping review** », *Reproductive Health*, vol. 17 (2020).
- 125 M. Billowitz, N. Karim et K. Watson, 2022, op. cit.
- 126 S. Sidibé et al., 2022, op. cit.
- 127 UNICEF, *Adolescent HIV prevention*, 2024. Consulté le 14 août 2025.
- 128 UNAIDS, *UNAIDS Data Book*, 2024.
- 129 Ibid.
- 130 LSHTM STRIVE, *Structural Drivers of HIV*, 2018.
- 131 S. Petroni et al., « **Understanding the Relationships Between HIV and Child Marriage: Conclusions From an Expert Consultation** », *Journal of Adolescent Health*, vol. 64, no 6 (2019), p. 694-696.
- 132 A. Chory et al., « **Gender differences in HIV knowledge among adolescents and young people in low- and middle-income countries: a systematic review** », *Frontiers in Reproductive Health*, vol. 5 (2023).
- 133 S. Kuchukhidze et al., « **Characteristics of male perpetrators of intimate partner violence and implications for women's HIV status: A pooled analysis of cohabitating couples from 27 countries in Africa (2000–2020)** », *PLOS Global Public Health*, vol. 3, no 9 (2023).
- 134 UNDESA, *The world's women 2020 trends and statistics, thematic area: violence against women and the girl child*, 2020.
- 135 Ibid.
- 136 UNICEF, *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*, 2014.
- 137 B. O. Ahinkorah et al., « **Association Between Girl-child Marriage and Intimate Partner Violence in Sub-Saharan Africa: Insights From a Multicountry Analysis of Demographic and Health Surveys** », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 37, no 15-16 (2022), NP13560-NP13580.
- 138 B. E. Hayes et M. E. Protas, 2022, op. cit.
- 139 UNICEF, 2014, op. cit.
- 140 R. Kidman, « **Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries** », *International Journal of Epidemiology*, vol. 46, no 2 (2017).
- 141 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.
- 142 UNICEF, 2023, op. cit.
- 143 Filles, Pas Epouses, *Le mariage des enfants dans les situations de crise humanitaire*, 2020.
- 144 UNICEF, *COVID-19: A threat to progress against child marriage*, 2021.
- 145 UNFPA, *Impact of COVID-19 on family planning: What we know one year into the pandemic*, 2021.
- 146 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.
- 147 Ibid.
- 148 L. Stark, I. Seff et C. Reis, « **Gender-based violence against adolescent girls in humanitarian settings: a review of the evidence** », *The Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 45, no 3 (2021), p. 210-222.
- 149 Filles, Pas Epouses, *La santé et les droits sexuels et reproductifs sont essentiels pour mettre fin au mariage des enfants : Déclaration collective*, 2024. 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 2025 par

Filles, Pas Epouses

Seventh Floor
65 Leadenhall Street
Londres
EC3A 2AD
Royaume-Uni

✉ www.filespasepouses.org
✉ info@GirlsNotBrides.org
✉ [GirlsNotBrides](https://www.instagram.com/girlsnotbrides/)
✉ www.facebook.com/GirlsNotBrides

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



Le Partenariat Mondial pour la Fin du Mariage des Enfants

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)