

Santé et Droits Sexuels et Reproductifs des Adolescents

Progrès accomplis au cours des 25 années écoulées depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement et perspectives pour les 25 prochaines années

Dr V Chandra-Mouli, @ChandraMouliWHO, chandramouliv@who.int
Ms Marina Plesons, @Mplesons, plesonsm@who.int





Review article

The Political, Research, Programmatic, and Social Responses to Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights in the 25 Years Since the International Conference on Population and Development



Venkatraman Chandra-Mouli, M.B.B.S., M.Sc.^{a,*}, B. Jane Ferguson, M.S.W., M.S.C.^b, Marina Plesons, M.P.H.^a, Mandira Paul, Ph.D.^c, Satvika Chalasani, Ph.D.^c, Avni Amin, Ph.D.^a, Christina Pallitto, Ph.D.^a, Marni Sommers, Dr.P.H., M.S.N.^d, Ruben Avila^e, Kalisito Va Eceéce Biaukula^f, Scheherazade Husain, M.P.H.^g, Eglé Janušonytė^h, Aditi Mukherjiⁱ, Ali Ihsan Nergiz^j, Gogontlejang Phaladi^k, Chelsey Porter, M.P.H.^l, Josephine Sauvarin, M.B.B.S., M.P.H.^m, Alma Virginia Camacho-Huber, M.D., M.P.H.ⁿ, Sunil Mehra, M.D.^o, Sonja Caffè, Ph.D., M.P.H., M.Sc.^p, Kristien Michielsen, Ph.D., M.Sc.^q, David Anthony Ross, B.M.B.Ch., Ph.D., M.Sc., M.A.^a, Ilya Zhukov, Ph.D.^c, Linda Gail Bekker, M.B.Ch.B., Ph.D.^r, Connie L. Celum, M.D., M.P.H.^s, Robyn Dayton, M.P.H.^t, Annabel Erulkar, Ph.D.^u, Ellen Travers, E.M.A.^v, Joar Svanemyr, Ph.D.^w, Nankali Maksud, L.L.M.^x, Lina Digolo-Nyagah, M.B.Ch.B., M.Med., M.Sc.^y, Nafissatou J. Diop, Ph.D.^c, Pema Lhaki, M.S.^z, Kamal Adhikari, M.A.^{aa}, Teresa Mahon, M.Sc.^{ab}, Maja Manzenski Hansen, M.Sc. (Public Health), M.Sc. (Sexual & Reproductive Health)^{ac}, Meghan Greeley, M.P.H., M.S.N.^{ad}, Joanna Herat, M.A.^{ae}, and Danielle Marie Claire Engel, M.A.^c

Deux questions:

1. Comment les tendances épidémiologiques et les réponses politiques, de recherche, programmatiques et sociales à la SDSRA ont-elles évolué au cours des 25 années écoulées depuis la CIPD?

Nous avons examiné les 6 domaines suivants: grossesse chez les adolescentes et procréation, VIH chez les adolescents et les jeunes, mariage des enfants, violence contre les adolescentes, mutilations génitales féminines et hygiène et santé menstruelles

2. Quelle contribution la CIPD y a-t-elle apporté?

Grossesse adolescente



Grossesse adolescente

Niveaux et tendances:

- Le taux de natalité des adolescentes dans le monde (c'est-à-dire les naissances pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans) est passé de 63 en 1994 à 44 en 2017.

Toutes les régions ont enregistré des baisses, avec des différences importantes entre les régions, entre les pays de chaque région et à l'intérieur des pays. Cependant, dans certains pays, le taux a augmenté.

- Bien que les naissances chez les 10-14 ans soient rares, des niveaux élevés peuvent être observés dans certains pays.

Bien que l'ABR diminue, le nombre important et croissant d'adolescentes dans la tranche d'âge 15-19 ans signifie que le nombre absolu de naissances d'adolescentes augmente, en particulier en Afrique subsaharienne.

- Les adolescents ont des besoins de contraception non satisfaits plus élevés que les autres groupes. Ils ont des taux de grossesse non désirée plus élevés que les autres groupes. Environ la moitié des grossesses non désirées chez les adolescentes se terminent par un avortement, dont la plupart sont dangereux.



Grossesse adolescente

Réponses mondiales et régionales:

La prévention de la grossesse chez les adolescentes était à l'ordre du jour de la CIPD. Il était absent de l'agenda des OMD jusqu'en 2007, lorsqu'un sous-objectif sur la SR a été ajouté aux OMD, avec un indicateur sur le taux de fécondité des adolescents. Cela fait partie des ODD.

Depuis les années 2010, un certain nombre d'initiatives mondiales ont préconisé / soutenu des actions de prévention de la grossesse chez les adolescentes. La reconnaissance du fait que la prévention de la grossesse chez les adolescentes pourrait contribuer à la mortalité néonatale et maternelle a également conduit à une attention accrue.

Même si l'accent est toujours mis sur la prévention de la grossesse, les soins et le soutien aux adolescentes enceintes ont reçu moins d'attention.

La base de preuves a augmenté alors qu'il y a des lacunes. La base de preuves croissante a contribué à l'élaboration de normes et standards.



Grossesse adolescente

Evolution des réponses nationales et infranationales:

Le plaidoyer / soutien mondial et régional a conduit à des politiques et stratégies nationales pour prévenir la grossesse chez les adolescentes. Parallèlement, des politiques et stratégies ont été mises en place pour garantir les droits à l'éducation.

Les obstacles juridiques aux services de SSR ont été supprimés dans un nombre croissant de pays - à la fois pour la contraception et pour les soins d'avortement médicalisés. Cependant, même là où ils ont été libéralisés, la stigmatisation entrave la recherche de soins chez les adolescents.

Afin de protéger les adolescents contre les abus sexuels, de nombreux pays ont défini l'âge légal du consentement aux relations sexuelles. Bien que cela soit positif à certains égards, il a des implications négatives à d'autres égards - tout d'abord, tout sexe en dessous de l'âge légal du consentement - même le sexe consensuel entre pairs - est considéré comme un viol statuaire; deuxièmement, en raison des implications juridiques, les adolescents hésitent à demander des soins et les agents de santé sont réticents à fournir des soins.

Les organisations dirigées par des jeunes jouent un rôle de plus en plus important dans ce domaine.

De nombreux pays ont mis en place des programmes complets d'éducation sexuelle (ESC) et de services de santé adaptés aux adolescents (SSAA), mais la qualité et la couverture sont inégales. Bien qu'il y ait eu des progrès, on a également repoussé l'ESC, les soins d'avortement sans risque et la fourniture de contraceptifs aux adolescentes non mariées.

Alors que l'accent a été mis sur les filles et les jeunes femmes, une attention croissante est accordée aux rôles que les garçons et les jeunes hommes doivent jouer.

Il existe également une reconnaissance croissante des besoins et des vulnérabilités des adolescents dans les situations humanitaires.

Avec un positionnement solide sur les agendas mondiaux, régionaux et nationaux, un ensemble croissant de preuves alimentant les normes / standards / directives et un nombre croissant de pays intensifiant leurs actions - les conditions sont prêtes pour la poursuite des progrès.

Facteurs d'aide:

La preuve qu'une combinaison d'approches faisables et efficaces mises en œuvre ensemble peut réduire les grossesses non désirées.

L'effet du plaidoyer mondial et des politiques et programmes dirigés par le gouvernement pour prévenir la grossesse chez les adolescentes a contribué à la baisse de la RBA, les progrès mondiaux dans l'éducation des filles et la baisse de l'âge du mariage y ont également contribué de manière substantielle.

Facteurs ralentissants:

La sexualité des adolescents n'est pas reconnue . Malgré les progrès, l'offre et la demande - juridique / social / prestation de services / - les obstacles continuent de restreindre l'accès des adolescents aux informations et aux services de SSR.

La santé / l'éducation, la protection sociale et le système juridique sont faibles. La coordination intersectorielle est également faible.

Les lacunes dans les données demeurent, ce qui signifie que les politiques et les programmes sont basés sur une image incomplète / inexacte.



Les défis:

Se concentrer sur le niveau infranational
Fournir des interventions spécifiques au contexte

Augmenter les investissements du gouvernement

Générer des preuves sur la mise à l'échelle sans compromettre la qualité et l'équité

Etablir des partenariats public-privé

S'intégrer à la prévention et aux soins du VIH

Engager les hommes et les garçons

Appliquer une perspective de parcours de vie

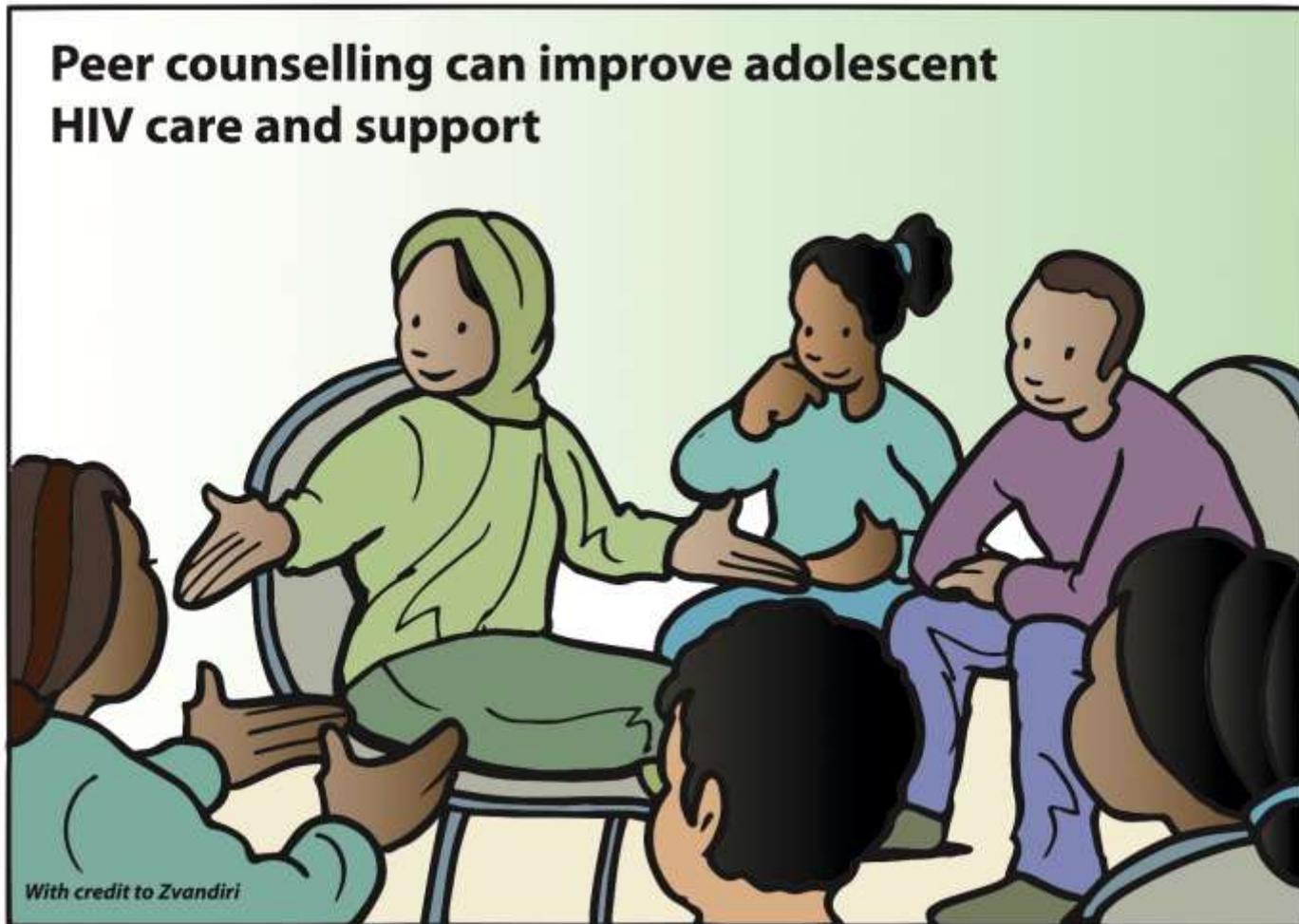
Utiliser de nouvelles plateformes pour

Uruguay: des lois et des politiques progressistes, de fortes réponses multisectorielles dirigées par le gouvernement et un suivi actif de la société civile ont entraîné une baisse spectaculaire de la fertilité des adolescents

- Le taux de natalité des adolescents en Uruguay est passé de 72 naissances pour 1000 adolescents en 2014-15 à 36 pour 1000 adolescents aujourd'hui, soit la moitié de ce qu'il était il y a 23 ans.



Le VIH chez les jeunes



VIH

Niveaux et tendances :

Au cours des 25 dernières années, voici les chiffres estimés:

Les nouvelles infections dues au VIH ont chuté de 50% chez les 15-19 ans.

Les adolescents vivant avec le VIH ont augmenté de 50%, principalement parce que les enfants infectés périnatalement survivent à l'âge de l'adolescence.

Le nombre d'adolescentes vivant avec le VIH est 1/3 plus élevé que le nombre de garçons vivant avec le VIH.

Les données sur les niveaux et les tendances des jeunes membres des populations clés sont limitées; les données disponibles suggèrent que les niveaux sont élevés et en augmentation.

Réponses mondiales et régionales :

Le VIH chez les adolescents / jeunes figurait dans la CIPD, dans la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (2002) et dans les programmes des OMD. Cela a servi de base aux politiques, aux programmes et aux mesures. Il figure également à l'agenda des ODD.

L'ONUSIDA a été créé en 1996. Le premier ensemble de notes d'orientation interinstitutions fondées sur des preuves a été publié par l'ONUSIDA en 1998. Il a été suivi par de nombreuses directives spécifiques aux adolescents et pertinentes pour les adolescents.

Les adolescents ont été inclus dans des études de recherche destinées aux adultes, mais les recherches spécifiques aux adolescents ont été limitées.



VIH



Réponses nationales et infranationales

Dans les années 80 et 90, les efforts de prévention du VIH visaient à améliorer les connaissances et la compréhension et à promouvoir des relations sexuelles plus sûres parmi tous les jeunes.

Au début des années 2000, la nécessité de s'attaquer aux facteurs environnementaux du VIH et aux jeunes membres de la population clé s'est accrue.

Les succès les mieux évalués sont l'application d'approches biomédicales, par ex. thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, la circoncision masculine médicale volontaire, la prophylaxie pré / post-exposition et le traitement préventif.

Il existe une reconnaissance largement répandue de la nécessité de la prévention combinée, c'est-à-dire la mise en œuvre d'approches biomédicales et - en même temps - la lutte contre les moteurs sociaux et structurels du comportement. L'initiative DREAMS (Déterminé, Résilient, Autonomisé, Sans SIDA, Mentoré et Sûr) est un bon exemple de son application.

Le grand nombre d'adolescents vivant avec le VIH augmente la pression pour étendre la couverture et la qualité de toute la cascade de traitements du VIH, à savoir le dépistage du VIH, le traitement et la rétention dans les soins. L'adoption et le soutien graduels des adolescents par les adolescents réduisent les taux d'échec thérapeutique.

Le traitement et la prévention ont été entravés par des contraintes juridiques et politiques, par exemple les lois sur les rapports obligatoires, les politiques sur l'âge du consentement et les exigences en matière de permission parentale / conjugale.

Une plus grande attention est accordée aux besoins de prévention, de traitement et de soutien des jeunes membres de la population clé.

L'implication significative des jeunes est recommandée dans l'orientation normative, évaluée par des études et des évaluations et est un élément requis dans les propositions de financement.

«L'énergie et la détermination à mettre fin à l'épidémie de VIH se poursuivent. De plus en plus, ils bénéficient de méthodes améliorées de compréhension de l'épidémie chez les adolescents.»

❑ Facteurs utiles

Augmentation constante des données épidémiologiques et programmatiques ventilées par âge et par sexe.

Accord clair sur le fait que des stratégies spécifiques sont nécessaires pour aider les adolescents à chaque étape de la prévention et du traitement du VIH en cascade pour informer, motiver et garantir l'accès et l'utilisation efficace des méthodes de prévention; aux tests, aux liens et au respect des soins.

❑ Facteurs gênants

Réticence à reconnaître que les adolescents sont des êtres sexuels.

Attention insuffisante à la vulnérabilité des filles et des jeunes femmes.

Concurrence pour les ressources entre le traitement du VIH et la prévention; silos entre le VIH et la SSR; une faible coordination intersectorielle.

Malgré une certaine ouverture, le message dominant selon lequel le sexe est dangereux et que les enfants / adolescents ne devraient pas l'avoir / devraient en être protégés continue d'être un obstacle à l'action.



❑ Perspectives futures:

L'énergie et la détermination à mettre fin à l'épidémie de VIH se poursuivent.

On profite de plus en plus de méthodes améliorées de compréhension de l'épidémie provenant de différents sous-groupes d'adolescents.

Pour de réels progrès, il est essentiel de prêter attention aux catalyseurs essentiels, à savoir l'engagement politique en faveur de la prévention du VIH et d'un développement socio-économique plus large.

Zimbabwe: Intensification des efforts pour fournir un traitement et un soutien aux adolescents et aux jeunes vivant avec le VIH

La prévalence du VIH est passée de 25% chez les 15-49 ans dans les années 1990 à environ 13% dans le groupe en 2017.

La prévalence du VIH chez les 15-24 ans est de 4,7% - chez les femmes 6,1% et chez les hommes 3,1%.

Depuis 2010, le nombre de décès liés au sida dans toutes les populations a diminué de 44%.

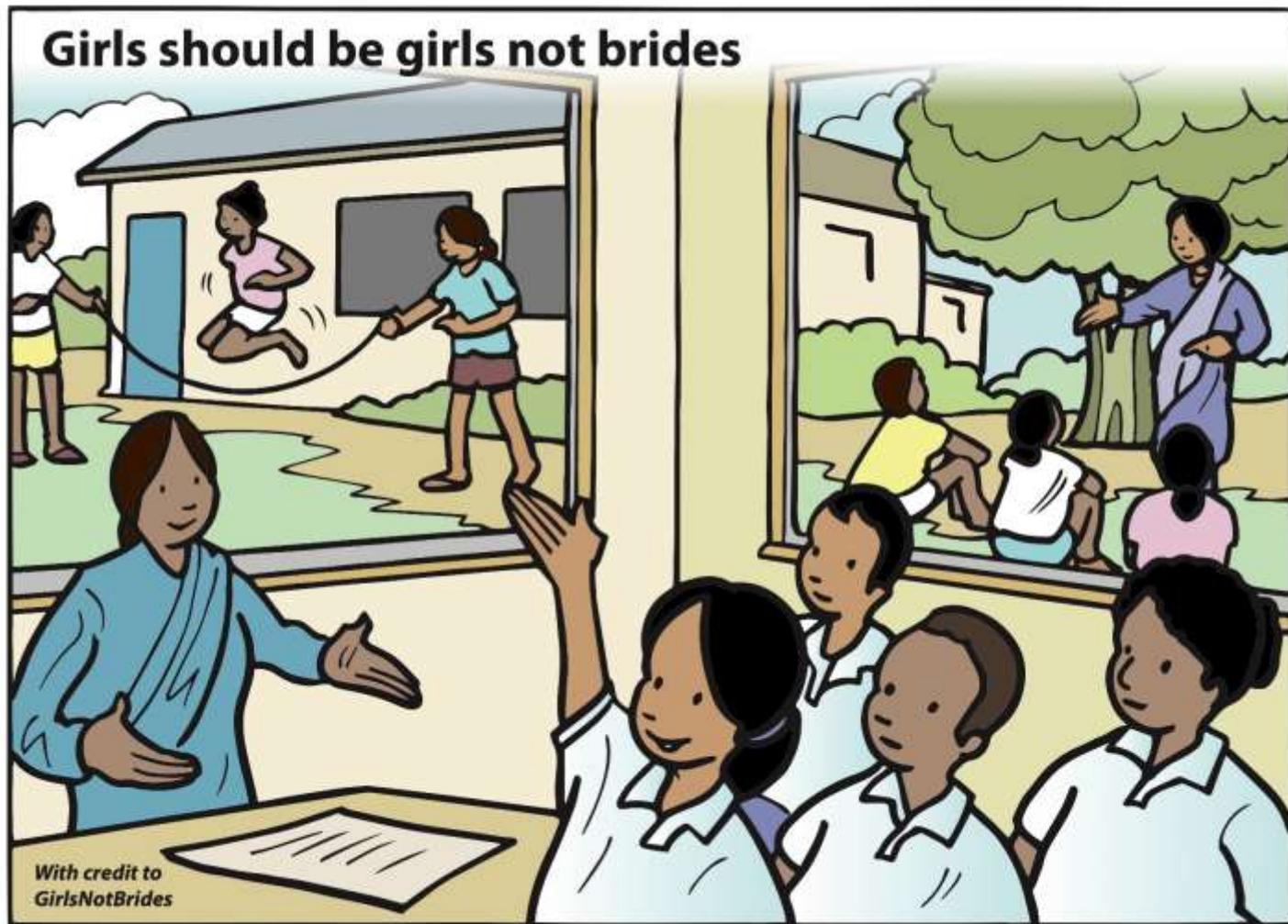
Le Zimbabwe est sur la bonne voie pour atteindre les cibles globales accélérées 90-90-90 (savoir le diagnostic, le traitement antiviral soutenu et la suppression virale). Cependant, les résultats des cascades de traitement du VIH sont inférieurs à ceux chez les adultes. Cela demande de l'attention.

Le gouvernement du Zimbabwe a adopté et élargi Zvandiri, un modèle de prestation de services différencié et fondé sur des éléments théoriques pour les enfants, les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH. Les services communautaires dirigés par des pairs sont intégrés dans le traitement et les soins dirigés par les établissements à travers la cascade du VIH. Le programme a permis d'améliorer le recours au dépistage du VIH, la rétention dans les soins, l'observance et la suppression virale et le bien-être psychologique. Le succès de Zvandiri est dû à:

- (i) Un leadership gouvernemental fort
- (ii) Normalisation et intégration du programme dans la prestation des services nationaux
- (iii) Engagement significatif des adolescents et des jeunes à tous les niveaux
- (iv) Utilisation des données du programme et des données de recherche pour éclairer l'adaptation du modèle



Le mariage d'enfants



Le mariage d'enfants

□ Niveaux et tendances:

En 25 ans, la proportion de filles mariées avant 18 ans est passée de 1 sur 4 à 1 sur 5.

L'Asie du Sud, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ont connu les baisses les plus importantes.

Réponse globale et régionale:

Le mariage des enfants était à l'ordre du jour de la CIPD.

Ce n'était pas dans l'agenda des OMD.

Il a été mis à l'agenda mondial par un mouvement dirigé par GirlsNotBrides, entre 2010-2015.

C'est à l'ordre du jour des ODD. Il figure également en bonne place dans les agendas politiques mondiaux et régionaux.

Réponses nationales et infranationales:

Les efforts menés par les ONG ont commencé dans les années 1990 et 2000.

Dans les années 2010, ils sont passés des messages publics sur les dangers du mariage des enfants à la compréhension et à la résolution de ses moteurs structurels. Aujourd'hui, des lois interdisant le mariage des enfants et des stratégies nationales pour mettre fin au mariage des enfants sont en place dans un nombre croissant de pays.

Le Programme des Nations Unies sur le mariage des enfants et un certain nombre d'autres acteurs fournissent un financement et un soutien à la mise en œuvre.

Une attention croissante est également accordée aux besoins des jeunes mariées, y compris celles qui sont divorcées, abandonnées et veuves.



"Autrefois sujet tabou avec peu de reconnaissance politique ou publique, mettre fin au mariage des enfants devient maintenant un mouvement social".

❑ **Facteurs utiles:**

Interventions claires pour l'investissement

Reconnaissance claire qu'investir dans les filles est essentiel pour atteindre d'autres objectifs sanitaires et sociaux

Un bon indicateur dans les ODD

Disponibilité des données

❑ **Facteurs gênants:**

Inégalité entre les sexes et contrôle / exploitation de la sexualité féminine

Pauvreté persistante

Acceptation sociale continue du mariage des enfants

Limites des données, manque de ressources et faible capacité de mise en œuvre programmatique au niveau infranational

Crises humanitaires



**GIRLS
NOT
BRIDES**

The Global Partnership
to End Child Marriage

Éthiopie: un programme multi-facettes visant à lutter contre les facteurs multidimensionnels du mariage des enfants a conduit à des réductions substantielles du mariage des enfants.

Entre 2006 et 2015, la prévalence du mariage des enfants en Éthiopie est passée d'environ 60% à environ 40%, principalement en raison des progrès réalisés dans 4 régions.

Les progrès de l'Éthiopie sont l'un des plus forts des pays d'Afrique orientale et australe.

Les activités suivantes des années 2000 ont jeté les bases des reculs à grande échelle qui se poursuivent aujourd'hui:

Mariage de moins de 18 ans hors la loi: 2000

Enseignement primaire quasi universel

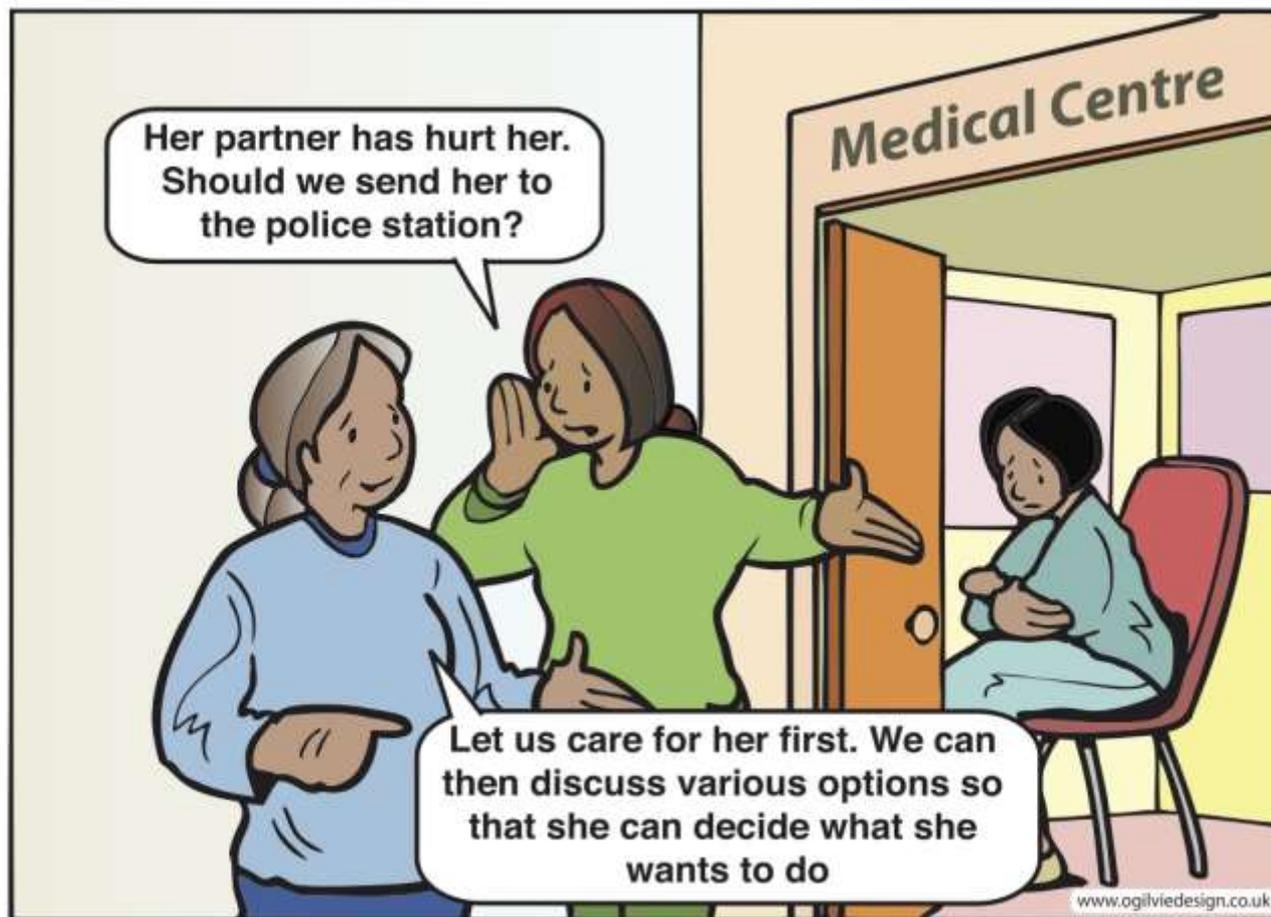
Projets et programmes axés sur les filles

Sensibilisation aux dirigeants communautaires et aux familles, en particulier aux hommes influents

Aujourd'hui, l'Éthiopie a un programme national pour mettre fin au mariage des enfants et aux mutilations génitales féminines d'ici 2025, fondé sur la constitution du pays et un cadre juridique solide pour protéger les droits des filles et des femmes.



Violence contre les adolescentes



Violence contre les adolescentes

❑ Niveaux et tendances:

Les garçons et les filles subissent des abus, par exemple violence et négligence émotionnelle, châtiments corporels et intimidation.

Les filles sont touchées de manière disproportionnée par la violence sexiste.

La violence contre les femmes et la violence contre les enfants se recoupent pendant l'adolescence.

120 millions de filles de moins de 20 ans dans le monde ont subi des rapports sexuels forcés (données de 2014).

La prévalence des abus sexuels chez les filles de 0 à 17 ans varie de 9 à 38%, la majorité des 9 pays étudiés ayant une prévalence de plus de 25%.

À l'échelle mondiale, 30% des filles âgées de 15 à 19 ans ont subi des violences physiques et / ou sexuelles de la part d'un partenaire intime. Cela peut se produire dans le mariage ou dans les relations amoureuses. Les taux varient de 16% dans les pays à revenu élevé à 43% en Asie du Sud-Est. Les données de tendance ne sont pas disponibles.



Violence contre les adolescentes

Réponses mondiales et régionales:

La prévention de la violence contre les filles et les jeunes femmes faisait partie du programme de la CIPD et du programme de la Conférence internationale sur les femmes. Il fait partie intégrante du programme des ODD.

Des progrès considérables ont été accomplis dans la construction de la base épidémiologique pour l'action. Des données sur la prévalence de la violence chez les filles âgées de 15 à 19 ans sont désormais disponibles pour 153 pays.

Il existe également beaucoup plus de preuves disponibles à la fois sur les moteurs de la violence, comment l'empêcher de se produire et comment y répondre lorsqu'elle se produit.

Cela a alimenté les normes, standards et directives. Il a également alimenté un plan d'action approuvé par l'Assemblée mondiale de la santé pour lutter contre la violence à l'égard des femmes et des filles et des enfants (2014).

Le financement national pour les travaux dans ce domaine est limité. Le financement extérieur est également limité, bien que certains investissements soient effectués dans un nombre limité de pays.



Violence contre les adolescentes

Réponses nationales et infranationales:

De nombreux pays ont adopté des lois traitant de différentes formes de violence, par exemple viol, abus sexuel sur des enfants, violence conjugale / intime.

La mise en œuvre de ces lois est entravée par la faiblesse des capacités et parce que la stigmatisation empêche ceux qui sont victimes de violence de se manifester.

De nombreux pays élaborent des directives et stratégies nationales.

Les pays ont expérimenté différents modèles pour prodiguer des soins à ceux qui ont souffert de VBG. Cependant, la mise en œuvre à grande échelle est limitée et manque de ressources.

Il y a une sensibilisation accrue du public en raison de cas très médiatisés qui ont conduit à des manifestations publiques dans de nombreux pays.

D'un autre côté, les données des enquêtes nationales suggèrent qu'une proportion élevée de garçons et de filles tolèrent la violence dans différentes situations.



Des ressources bien attribuées, un engagement politique et des efforts coordonnés sont nécessaires pour étendre les programmes prometteurs.

Facteurs utiles:

Les mouvements féministes autonomes et de base ont joué un rôle déterminant dans la modification des lois et des politiques.

La disponibilité des données a contribué à accroître la visibilité.

Les données probantes sur les interventions efficaces, sur leur rentabilité et sur le coût de ne pas investir dans ce domaine ont eu une forte influence.

Facteurs gênants:

Environnements politiques conservateurs, manque de volonté politique / gouvernementale pour dénoncer la violence.

Investissement limité.

L'évolution des opportunités économiques, l'utilisation des technologies numériques, l'instabilité due aux migrations ou aux crises présentent des risques d'exacerber la violence / les nouvelles formes de violence.



Kenya: de grands progrès pour lutter contre la violence sexiste, y compris la violence sexuelle.

Permettre la mise en place de cadres législatifs et politiques.

Les services de lutte contre la violence sexiste sont fournis gratuitement selon une approche intégrée dans 500 établissements de santé publics et 5 centres de réadaptation à guichet unique situés dans des établissements tertiaires.

**STOP
VIOLENCE
AGAINST
WOMEN**



Mutilation génitale féminine



Mutilation génitale féminine

Niveaux et tendances:

On estime que 200 millions de femmes et de filles en vie aujourd'hui ont subi des MGF.

La prévalence des MGF est passée de 49% en 1991 à 31% en 2019 (projetée) dans 24 pays les plus touchés. Mais les progrès sont inégaux d'un pays à l'autre.

Le nombre absolu de femmes et de filles à risque est plus élevé en raison de l'augmentation du nombre d'adolescentes au sein de la population.

Réponse globale et régionale:

La MGF faisait partie de la CIPD. Cela ne faisait pas partie des OMD.

Voici quelques étapes clés:

2007: Déclaration conjointe de l'OMS, du FNUAP et de l'UNICEF

2008: Déclaration mise à jour

2007: Programme conjoint UNFPA-UNICEF

2012: résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies

2016: les MGF font partie des objectifs de développement durable

Des mesures standardisées ont facilité une mesure cohérente et comparable. Des modules spécifiques à un sujet ont été introduits dans DHS & MICS; ils sont utilisés dans 30 pays touchés par les MGF.

Les données de recherche sont en cours de synthèse et ont contribué à l'élaboration d'orientations normatives sur la prévention.

L'OMS a développé des conseils et des outils pour répondre aux femmes et aux filles qui ont subi des MGF.



6 FEBRUARY

International Day of
ZERO
TOLERANCE
for
FEMALE
GENITAL
MUTILATION

#EndFGM

Mutilation génitale féminine

Réponses nationales et infranationales:

Presque tous les pays dans lesquels les MGF sont largement pratiquées ont des lois en place qui interdisent cette pratique.

13 pays ont élaboré des plans d'action fondés sur les droits de l'homme qui sont mis en œuvre grâce à des efforts coordonnés entre les secteurs.

Initialement, les efforts se sont limités à la sensibilisation des organes de la société civile. De plus en plus, les différents secteurs au sein des gouvernements travaillent de manière complémentaire avec les organisations communautaires. L'engagement du secteur de la santé pour améliorer la gestion des complications de santé et prévenir la pratique est un élément essentiel de cette réponse multisectorielle.

Le financement de ces travaux augmente.



Le consensus international pour une tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines doit être exploité plus largement pour des programmes plus solides.

Facteurs utiles:

Les approches à intervention unique ont cédé la place à des approches à composantes multiples et complémentaires, mises en œuvre par différents secteurs pour s'attaquer aux moteurs des MGF et pour répondre aux survivantes.

Le fort consensus mondial est mis à profit dans un nombre croissant de pays pour stimuler et renforcer l'action.

Facteurs gênants:

Des normes sociales profondément ancrées dans les traditions culturelles sur le statut des femmes et des filles et le contrôle de leur sexualité sont des obstacles au progrès.

Il y a un manque de données d'évaluation sur si et comment les programmes fonctionnent pour prévenir les MGF.

L'extension et la reproduction des interventions prometteuses sont limitées.

Le leadership des femmes et des travailleurs en première ligne est insuffisant.

Il y a un manque de responsabilité des décideurs.



6 FEBRUARY

International Day of
ZERO
TOLERANCE
for
FEMALE
GENITAL
MUTILATION

#EndFGM

Burkina Faso: Diminution à grande échelle des mutilations génitales féminines résultant de l'éducation communautaire, de la pression exercée sur le changement par des dirigeants influents, de la responsabilisation encouragée par les engagements communautaires et encouragée par des sanctions légales et des soins délicats pour les survivants.

Des niveaux différents dans les différents groupes d'âge indiquent une tendance à la baisse des MGF: 89% chez les 45-49 ans et 58% chez les 15-19 ans.

Les activités suivantes ont contribué à cette baisse:

Comité national et plan d'action national élaborés: 1990

Loi interdisant les MGF adoptée: 1996.

Depuis lors, la loi a été appliquée graduellement, progressivement et de manière communautaire avec une pièce maîtresse innovante, à savoir une ligne d'assistance gratuite et un tribunal mobile pour garantir que les audiences judiciaires se déroulent à proximité des communautés.

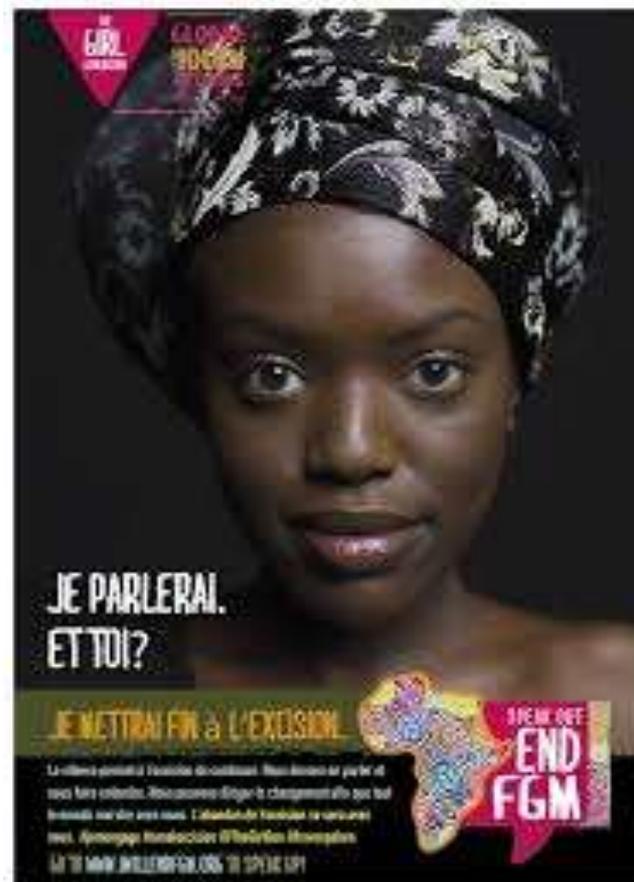
Des brigades de jeunes employées pour sensibiliser la communauté, en particulier près des zones frontalières avec le Mali

Prévention des MGF incluse dans les écoles et dans les programmes d'éducation non formelle

Partenariats forgés entre les services gouvernementaux, les maires, les chefs traditionnels, les chefs religieux, les journalistes, les associations de femmes et de jeunes pour mettre en œuvre des activités, par exemple signaler les cas de la pratique et organiser les engagements de la communauté

Suivi des villages qui se sont engagés à abandonner les MGF

Soins et soutien pour ceux qui ont subi des MGF



Hygiène et Santé menstruelles



Hygiène et Santé menstruelles

□ Niveaux et Tendances:

Les données sur les niveaux et les tendances sont limitées - dans ou à travers presque tous les pays à revenu faible ou modéré.

Il existe de plus en plus de publications sur la façon dont la stigmatisation menstruelle et les environnements sociaux et physiques inadéquats entravent une gestion menstruelle sûre et digne.

Réponse mondiale et régionale:

Le plan d'action de la CIPD ne faisait aucune mention des menstruations. Une attention à la menstruation comme problème de santé publique, sociale et de droits a commencé au milieu des années 2000.

Des normes et des standards ont été élaborés par WaterAid, l'UNESCO et l'UNICEF.

Des alliances pour faire avancer l'agenda ont été formées, par exemple la Coalition Africaine pour la santé menstruelle. Les militants, les ONG et les universitaires ont été au premier plan de l'effort, mais les gouvernements commencent à s'engager.

Dans les années 2010, les investissements dans la recherche sur les menstruations en milieu scolaire et humanitaire ont augmenté lentement.

□ Réponses nationales et infranationales

Les secteurs de l'eau / de l'assainissement, de l'éducation et de la santé dans un nombre restreint mais croissant de pays ont élaboré des politiques et des stratégies en matière d'hygiène et de santé menstruelles, par exemple le Kenya, l'Afrique du Sud, les Philippines, l'Inde et le Népal.

Les activités comprennent la distribution gratuite de produits et l'éducation. Mais l'accent est largement mis sur le premier.

Il y a un mouvement d'équité menstruel croissant - qui lutte pour surmonter les restrictions à l'entrée des filles / femmes menstruées dans les temples, pour surmonter les taxes sur les produits sanitaires et pour lutter contre la pauvreté lors des règles.

Les activités de la journée d'hygiène menstruelle dans les pays sont devenues de plus en plus visibles.



"Le mouvement pour l'hygiène menstruelle a encore du mal à gagner du terrain dans le cadre des efforts plus importants de la SDSRA ..."

Facteurs utiles:

Les rapports sur l'expérience de honte et d'embarras des filles et des femmes et sur les obstacles auxquels elles sont confrontées dans la gestion de leurs règles ont aidé à attirer l'attention sur cette question.

L'attention croissante portée aux besoins et aux droits des filles a contribué à porter cette question à l'ordre du jour.

Facteurs ralentissants:

Les preuves limitées sur la manière de répondre aux besoins des filles et de les mesurer ont entravé l'investissement et l'action.

Il y a toujours un manque de compréhension et de reconnaissance de la place des menstruations dans des questions telles que les premières règles sont un déclencheur du mariage des enfants et l'effet de l'aménorrhée sur l'arrêt de la contraception.



Népal: inscrire l'hygiène menstruelle et la santé à l'ordre du jour national de la santé, du développement et des droits de l'homme

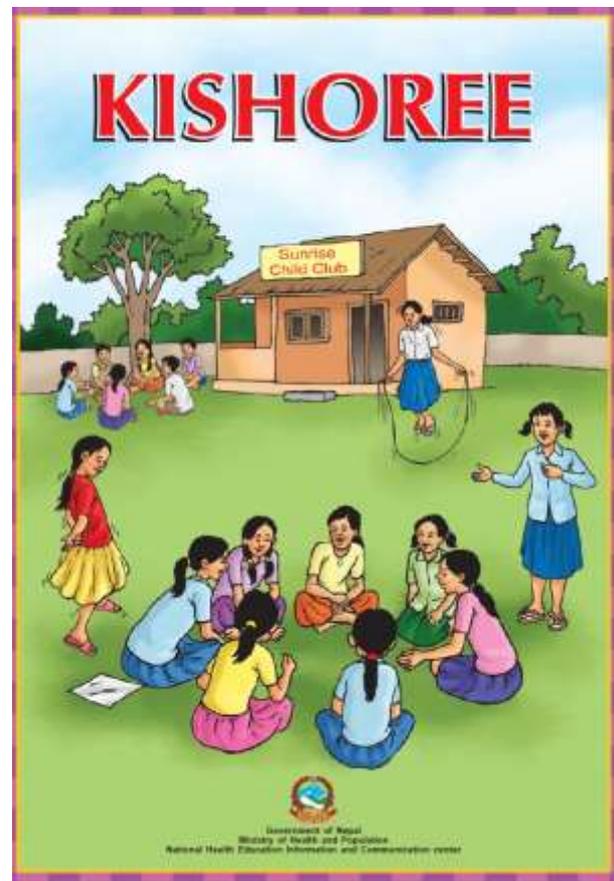
2005: Chhaupdi (une pratique traditionnelle néfaste pendant laquelle les filles et les femmes sont obligées de rester dans une dépendance pendant leurs règles) a été interdite

2008: Chhaupdi : Lignes directrices pour l'éradication publiées par le Ministère des Femmes, des Enfants et de la Protection sociale

2017: la loi criminalisant Chhaupadi et les mouvements d'éducation et de changement social adoptés complètent ces efforts

L'hygiène menstruelle fait partie d'un certain nombre de politiques: santé, éducation, eau et assainissement, mais il y a des lacunes, par exemple en cas de situation d'invalidité.

Ces politiques ont stimulé les activités dans ces secteurs mais la coordination est un problème.



Conclusions - 1/5

- ❑ *Le plaidoyer d'un nombre croissant de parties prenantes, y compris les jeunes eux-mêmes.*
 - ❑ *Les processus consultatifs internationaux de haut niveau*
 - ❑ *Les conférences internationales*
- ... ont attiré l'attention sur la justification d'un point de vue démographique, de santé publique, économique et des droits de l'homme d'investir dans la santé des adolescents*
- ❑ **Certains aspects des SDSRA sont plus importants que jamais dans les programmes de santé et de développement.**

Conclusions – 2/5

Le financement de certains domaines a considérablement augmenté:

- prévenir et traiter le VIH*
- prévenir le mariage des enfants*
- accroître l'accès à la contraception et son utilisation pour prévenir les grossesses non souhaitées ou non désirées chez les adolescentes*

- ❑ **Il y a un investissement financier en constante augmentation dans les SDSRA, bien qu'une grande partie du financement provienne de sources externes et reste inadéquat et fragmenté**

Conclusions – 3/5

Un ensemble croissant de données et de preuves:

- ❑ *Nature et ampleur des problèmes*
- ❑ *Causes des problèmes*
- ❑ *Conséquences des problèmes*
- ❑ *Ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas pour les prévenir et y répondre*

Mais il y a encore des lacunes importantes, par exemple

- *Chiffrage*
- *Fournir des interventions à grande échelle avec qualité et équité*

Des normes et des standards ont été élaborés sur de nombreuses questions, mais:

- *certains domaines ne sont pas couverts, par exemple fourniture de contraceptifs aux adolescents non mariés*
- *les directives produites par différentes organisations internationales se contredisent parfois*
- *les directives n'atteignent pas et n'influencent pas toujours les décideurs*

- ❑ **Bien qu'il y ait encore de nombreuses lacunes à combler, il existe un nombre croissant de données et d'évidence sur la SSRA. Cela a alimenté des normes et standards pour guider les politiques et les programmes.**

Conclusions – 4.1/5

Dans certaines régions, par exemple en prévention du mariage des enfants:

*Des lois pour mettre fin à cette pratique ont été adoptées
Des efforts sont en cours pour communiquer et appliquer ces lois (dans certains endroits – pas tous)*

Dans d'autres domaines, par exemple la fourniture de l'ESC, les soins d'avortement sans risque et la contraception aux adolescents non mariés:

les restrictions légales et politiques demeurent

Dans de nombreux endroits, des lois définissant l'âge du consentement sexuel et classant le sexe avant cet âge comme un viol statutaire nécessitent un signalement.

Ces lois combinées à la stigmatisation et à la discrimination entravent l'accès aux informations et aux services de SSR.

- **Bien que la mise en œuvre des politiques et des programmes de SDSRA dans de nombreux pays reste faible, un nombre restreint mais croissant de pays ont créé et mis en œuvre des environnements juridiques et politiques propices et de solides programmes dirigés par le gouvernement.**

Conclusions – 4.2/5

Les ONG ont été les premières à répondre à la SDSRA. Elles continuent de jouer le rôle de prestataires de services, d'innovateurs, d'avocats et de chiens de garde.

Au fil des ans, les gouvernements nationaux ont élaboré des politiques et des stratégies et élaboré des programmes. Aujourd'hui, la plupart des pays ont des programmes nationaux de SSDA sous une forme ou une autre.

Dans de nombreux endroits, les ONG et les gouvernements utilisent des interventions inefficaces et exécutent les interventions de manière médiocre et ponctuelle.

Dans un nombre restreint mais croissant de pays, cela commence à changer.

- **Bien que la mise en œuvre des politiques et des programmes de SDSRA dans de nombreux pays reste faible, un nombre restreint mais croissant de pays ont créé et mis en œuvre des environnements juridiques et politiques propices et de solides programmes dirigés par le gouvernement.**

Conclusions – 5/5

Il existe un soutien pour:

- *prévenir le mariage des enfants*
- *mettre fin à la violence contre les filles et les jeunes femmes*

Il existe une résistance substantielle à:

- *Promouvoir un avortement sans risque*
- *Fournir des informations et des services de contraception aux adolescents non mariés*

Dans de nombreux endroits:

Une résistance de plus en plus forte a entraîné le blocage des programmes et le renversement des progrès réalisés

D'autre part, à certains endroits:

Les initiatives ont appris à gagner du soutien et à surmonter les résistances

De solides mouvements au niveau local, y compris ceux dirigés par des jeunes, sont devenus actifs et influents pour faire avancer l'agenda

Bien qu'il y ait un soutien croissant pour aborder certains aspects de la SSDA, il y a une ambivalence sur d'autres aspects et il y a une résistance de plus en plus bien financée et organisée.



Review article

The Political, Research, Programmatic, and Social Responses to Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights in the 25 Years Since the International Conference on Population and Development



Venkatraman Chandra-Mouli, M.B.B.S., M.Sc.^{a,*}, B. Jane Ferguson, M.S.W., M.S.C.^b, Marina Plesons, M.P.H.^a, Mandira Paul, Ph.D.^c, Satvika Chalasani, Ph.D.^c, Avni Amin, Ph.D.^a, Christina Pallitto, Ph.D.^a, Marni Sommers, Dr.P.H., M.S.N.^d, Ruben Avila^e, Kalisito Va Eceéce Biaukula^f, Scheherazade Husain, M.P.H.^g, Eglé Janušonytė^h, Aditi Mukherjiⁱ, Ali Ihsan Nergiz^j, Gogontlejang Phaladi^k, Chelsey Porter, M.P.H.^l, Josephine Sauvarin, M.B.B.S., M.P.H.^m, Alma Virginia Camacho-Huber, M.D., M.P.H.ⁿ, Sunil Mehra, M.D.^o, Sonja Caffé, Ph.D., M.P.H., M.Sc.^p, Kristien Michielsen, Ph.D., M.Sc.^q, David Anthony Ross, B.M.B.Ch., Ph.D., M.Sc., M.A.^a, Ilya Zhukov, Ph.D.^c, Linda Gail Bekker, M.B.Ch.B., Ph.D.^r, Connie L Celum, M.D., M.P.H.^s, Robyn Dayton, M.P.H.^t, Annabel Erulkar, Ph.D.^u, Ellen Travers, E.M.A.^v, Joar Svanemyr, Ph.D.^w, Nankali Maksud, L.L.M.^x, Lina Digolo-Nyagah, M.B.Ch.B., M.Med., M.Sc.^y, Nafissatou J. Diop, Ph.D.^c, Pema Lhaki, M.S.^z, Kamal Adhikari, M.A.^{aa}, Teresa Mahon, M.Sc.^{ab}, Maja Manzenski Hansen, M.Sc. (Public Health), M.Sc. (Sexual & Reproductive Health)^{ac}, Meghan Greeley, M.P.H., M.S.N.^{ad}, Joanna Herat, M.A.^{ae}, and Danielle Marie Claire Engel, M.A.^c

1. Comment les tendances épidémiologiques et les réponses politiques, de recherche, programmatiques et sociales aux SDSRA ont-elles évolué au cours des 25 années écoulées depuis la CIPD?

Des progrès ont été réalisés dans chacun des domaines suivants, mais la nature de la réponse et sa trajectoire ont été différentes dans chaque cas: grossesse adolescente et procréation, VIH chez les adolescents et les jeunes, mariage des enfants, violence contre les adolescentes, mutilations génitales féminines et hygiène et santé menstruelles

2. Quelle contribution la CIPD a-t-elle apportée à cela?

La CIPD a contribué aux progrès réalisés dans le domaine de la SDSRA à la fois en raison de son appel audacieux à l'action en 1994 et parce qu'elle a stimulé les efforts aux niveaux mondial, régional et national, qui se poursuivent à ce jour.