



FILLES, PAS EPOUSES

Le Partenariat Mondial pour
la Fin du Mariage des Enfants



APPUYER LES FILLES DÉJÀ MARIÉES, LES MÈRES ADOLESCENTES ET LES FILLES ENCEINTES

Rapport thématique

Octobre 2021

Pas moins de 90 % des adolescentes qui accouchent sont mariées¹, ce qui fait des grossesses chez les adolescentes et du mariage des enfants^a des questions étroitement liées. Le présent rapport thématique examine les droits et les besoins complexes des filles déjà mariées, des adolescentes enceintes et des mères adolescentes et propose des recommandations et des approches issues de différentes régions du monde.

Les adolescentes déjà mariées et les filles déjà mères ont des besoins uniques et les systèmes de soins de santé, d'éducation et de services sociaux sont souvent mal équipés pour y répondre. À l'heure actuelle, les mesures à l'égard des grossesses d'adolescentes^b sont principalement axées sur la prévention et la santé maternelle et tendent à ignorer plus globalement les droits sexuels et reproductifs, les conséquences psychologiques et socioéconomiques de la grossesse sur les adolescentes et les besoins complexes des filles déjà mariées, des adolescentes enceintes et des mères adolescentes.

En dépit d'efforts de prévention, les taux de grossesse chez les adolescentes restent élevés : selon les estimations, 12 millions de filles âgées entre 15 et 19 ans et 770 000 filles de moins de 15 ans donnent naissance chaque année dans les pays à revenu faible ou intermédiaire². Aussi, la prévention doit être accompagnée d'initiatives à l'égard des besoins et des droits des filles déjà mariées ou mères.

Le présent rapport thématique examine ces besoins et donne des exemples d'approches réussies de partout dans le monde. Il prône également des mesures holistiques visant à réaliser les droits et les besoins des filles déjà mariées, des adolescentes enceintes et des mères adolescentes et appelle à l'intégration de ces mesures dans les stratégies actuelles liées à l'éducation, au mariage des enfants, aux grossesses chez les adolescentes et, plus globalement, à la santé des adolescent-e-s.

Plus précisément, nous préconisons :

- La mise en œuvre de **mécanismes d'aiguillage et de suivi clairement définis entre les systèmes de santé et d'éducation** de manière à identifier les adolescentes enceintes dans les écoles, à les orienter vers les services de soutien et de santé maternelle appropriés et à les aider à reprendre leurs études après l'accouchement.
- **La mise en place de mécanismes pour repérer les cas de grossesses dues à la coercition ou à la violence sexuelle** et aiguiller les survivantes vers les services de protection de l'enfance et les autorités judiciaires, le cas échéant.
- La mise en œuvre de **politiques de retour à l'école flexibles** adaptées aux droits et aux besoins des mères adolescentes,

IMAGE DE COUVERTURE : un groupe d'amies à la sortie d'un cours sur les compétences de la vie courante de la Janaki Women Awareness Society dans la région de Teria, au Népal. Le développement de l'autonomie fonctionnelle, de réseaux et de la capacité d'agir est essentiel au bien-être des filles, en particulier les filles enceintes et les jeunes mères. Photo : *Filles, Pas Epouses*/Thom Pierce

^a Dans le présent rapport, le terme « mariage des enfants » englobe toutes les formes de mariages et d'unions d'enfants, précoces et forcés dont au moins une des parties n'a pas 18 ans.

^b Les termes « grossesses d'adolescentes » et « grossesses chez les adolescentes » font référence aux grossesses de filles âgées entre 10 et 19 ans.

notamment par la prestation de services de garde d'enfants gratuits ou à prix abordable.

- **Un appui financier, notamment l'octroi de bourses ou de transferts monétaires aux mères adolescentes** pour soutenir leur retour aux études et/ou les aider à intégrer le marché du travail ou à générer des revenus.
- La mise en œuvre de **programmes d'appui social** pour aider les mères adolescentes à surmonter la stigmatisation et à composer avec leur première maternité, notamment par le renforcement de la capacité d'agir et des compétences de la vie courante, le développement de réseaux de soutien et la mobilisation de la communauté dans son ensemble.
- **La sensibilisation du personnel de la santé sexuelle et reproductive** au droit des mères adolescentes d'accéder à des services de santé, peu importe leur âge ou leur statut matrimonial, et aux risques encourus par les adolescentes enceintes.
- **L'accès aux contraceptifs** pour les filles déjà mariées et les mères adolescentes qui souhaitent retarder ou espacer leurs grossesses.
- **L'accès à un avortement sans danger et à des soins postavortement** pour les adolescentes qui ne souhaitent pas poursuivre leur grossesse.

1. POURQUOI EST-IL IMPORTANT D'ABORDER CONJOINTEMENT LE MARIAGE DES ENFANTS ET LES GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES ?

MESSAGES CLÉS

- La majorité des mères adolescentes dans le monde sont mariées.
- La grossesse d'une adolescente peut survenir avant ou après son mariage ou union.
- En **Asie du Sud**, pratiquement toutes les mères adolescentes sont des filles déjà mariées, tandis qu'en **Amérique latine et dans les Caraïbes (ALC)** et en **Afrique subsaharienne**, les grossesses d'adolescentes surviennent à la fois au sein de mariages et d'unions et en dehors de ceux-ci.
- Les mères adolescentes et les filles enceintes de moins de 15 ans se retrouvent dans la position la plus vulnérable : leur grossesse est souvent due à la violence sexuelle et elles sont les moins susceptibles d'être bien préparées à la transition vers la maternité.

Dans de nombreux contextes, **le mariage des enfants favorise les grossesses d'adolescentes** : les filles déjà mariées font l'objet d'une pression sociale intense pour prouver qu'elles peuvent concevoir, sont plus fréquemment exposées à des rapports sexuels non protégés et sont moins susceptibles d'avoir recours à des contraceptifs que leurs homologues non mariées³.



SUR LA PHOTO : Erika, une conseillère communautaire de la Women's Justice Initiative, anime un atelier sur le report de l'âge du mariage à l'intention de filles Kaqchikel Maya en âge de fréquenter l'école primaire à Chimaltenango, au Guatemala. Dans de nombreux contextes, le mariage des enfants favorise les grossesses chez les adolescentes, et vice versa. Photo : Filles, Pas Epouses/James Rodríguez/Arête

La grossesse chez une adolescente peut également précipiter son mariage. Les filles qui tombent enceintes de manière involontaire peuvent être poussées à entrer en union avec le père de l'enfant (particulièrement dans les contextes où la sexualité des filles avant le mariage est un sujet tabou), avec pour résultat un mariage plus précoce qu'il ne l'aurait été autrement⁴.

En Asie du Sud, il apparaît que la majorité des grossesses chez les adolescentes font suite au mariage. Il convient toutefois de noter que les normes sociales rendent difficile la collecte de données sur les grossesses hors mariage⁵. **En Afrique subsaharienne et en ALC, les grossesses surviennent à la fois au sein de mariages et d'unions et en dehors de ceux-ci.** Elles sont donc une cause et une conséquence du mariage des enfants⁶.

Il importe de souligner que **les filles peuvent choisir délibérément de contracter une union ou un mariage précoce ou de tomber enceintes.** Ces deux possibilités sont plus courantes chez les filles de milieux défavorisés dont les possibilités sont limitées⁷, notamment lorsque la maternité est tenue en haute estime et rattachée à certains droits et privilèges. La maternité peut alors s'avérer la meilleure des rares options qui s'offrent aux filles et aux femmes.

À l'échelle mondiale, le taux de natalité chez les adolescentes a diminué d'environ un tiers depuis les années 1990. Les diminutions les plus importantes ont eu lieu en Asie du Sud et en Asie centrale, où les taux de grossesses chez les adolescentes se situent à 25 % de ceux des années 1990⁸. Aujourd'hui, les taux de natalité chez les adolescentes sont les plus élevés dans les régions de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale ; de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe ; et de l'ALC (108, 95 et 61 naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans, respectivement).

Les inégalités entre les pays à revenu élevé et à faible revenu sont indéniables : seulement 12 filles âgées de 15 à 19 ans sur 1 000 donnent naissance dans les pays à revenu élevé, comparativement à 91 dans les pays à faible revenu. La moyenne mondiale est de 41 naissances pour 1 000 filles⁹.

On en sait moins sur les grossesses chez les jeunes adolescentes (celles âgées de 10 à 14 ans). Ces dernières sont souvent exclues des enquêtes et des systèmes de collecte de données, puisqu'il s'agit d'une question délicate et que les grossesses sont considérées comme rares

chez les filles de cet âge. Selon les quelques données disponibles, les grossesses chez les filles âgées de 10 à 14 ans sont effectivement beaucoup plus rares que chez les filles âgées de 15 à 19 ans et surviennent plus fréquemment en ALC et en Afrique subsaharienne. Un nombre restreint de pays ont plus de 10 naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 10 à 19 ans : l'Angola, le Mozambique, le Nigeria et le Bangladesh. **Les grossesses très précoces sont souvent dues à la violence sexuelle¹⁰ et sont fortement corrélées à la pauvreté et au mariage des enfants¹¹.**

Les taux de grossesses chez les adolescentes ont diminué au cours des trente dernières années, mais la perturbation des soins de santé sexuelle et reproductive provoquée par la pandémie de COVID-19 aurait déjà conduit à **1,4 million de grossesses involontaires** chez des femmes de tous âges, selon les estimations¹². L'impact sur le mariage des enfants sera probablement encore plus grand : **on prévoit que 10 millions de filles supplémentaires se marieront** d'ici 2030 en raison de la pandémie¹³.

2. LE PROBLÈME : LES BESOINS SOCIAUX, DE DÉVELOPPEMENT ET DE SANTÉ DES MÈRES ADOLESCENTES ET DES FILLES ENCEINTES

Les grossesses chez les adolescentes sont reconnues à juste titre comme un problème de santé publique majeur. La grossesse et l'accouchement sont considérablement plus dangereux chez les filles de moins de 20 ans. En effet, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement comptent parmi les **principales causes de décès des adolescentes dans le monde**. Le risque est le plus élevé chez les filles de moins de 15 ans (quoique les grossesses dans ce groupe d'âge sont relativement rares) et **jusqu'à 99 % des décès maternels chez les femmes âgées de 15 à 49 ans surviennent chez des adolescentes âgées de 15 à 19 ans¹⁴.**

Les enfants nés de mères adolescentes sont également plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé, notamment une insuffisance pondérale à la naissance, un mauvais état nutritionnel et un risque élevé de mortalité avant l'âge de cinq ans¹⁵. Non seulement les adolescentes sont physiquement prédisposées aux complications lors de la grossesse, mais des exemples de partout dans le monde montrent qu'elles sont également moins susceptibles d'avoir recours aux soins de santé maternelle appropriés, notamment le dépistage prénatal, l'accouchement en présence de personnel qualifié et les soins postnataux¹⁶. Les mères adolescentes, en particulier celles qui sont mariées, sont également plus susceptibles de faire l'expérience de **grossesses répétées et à faible intervalle**, ce qui compromet davantage leur santé et celle de leurs bébés, la trop courte période entre les grossesses augmentant le risque de complications¹⁷.

Aussi, à ce jour, les mesures visant les grossesses d'adolescentes se sont concentrées sur la prévention et, dans une moindre mesure, sur le manque d'accès des adolescentes à des soins de santé maternelle adéquats. Il va sans dire que ces deux aspects sont essentiels à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Cependant, **on reconnaît de plus en plus qu'en donnant la priorité à la santé maternelle et infantile, on a négligé les autres besoins et droits des filles déjà mariées et des mères adolescentes¹⁸.**



SUR LA PHOTO : écolières dans une école primaire du Samburu, au Kenya. Ces dernières années, le Kenya a pris des mesures pour abroger des politiques qui interdisent aux filles enceintes d'aller à l'école. Photo : Filles, Pas Epouses/Thom Pierce

conséquences à long terme. La section suivante examine les autres expériences couramment vécues par les mères adolescentes devant faire l'objet de politiques et de programmes.

Perturbation de l'éducation

Chez une adolescente, la grossesse signifie normalement la fin de la scolarisation. Selon les estimations, **jusqu'à 4 millions de filles abandonnent l'école chaque année en raison d'une grossesse rien qu'en Afrique subsaharienne** (il n'existe pas de données semblables pour les autres régions du monde)¹⁹. En ALC et en Afrique subsaharienne, les filles enceintes ou déjà mariées peuvent choisir d'abandonner l'école ou être expulsées en raison de politiques qui leur interdisent explicitement ou implicitement de poursuivre leurs études²⁰.

Bien souvent, les grossesses d'adolescentes, en particulier celles hors mariage, sont fortement stigmatisées par les familles, les communautés et les enseignant·e·s. Aussi, la présence d'une « élève à la moralité douteuse » en classe est considérée comme inappropriée et un mauvais exemple pour les autres élèves.

Les politiques liées aux grossesses chez les adolescentes adoptent souvent une « **approche punitive** » : l'éducation est considérée comme un privilège qu'on retire à la fille pour la punir d'être tombée enceinte²¹. Dans certains pays comme le Maroc et le Soudan, les filles enceintes et non mariées peuvent

faire l'objet de poursuites pour avoir eu des rapports sexuels avant le mariage²². De telles politiques constituent une violation du droit des filles à l'éducation et contribuent à l'exclusion sociale des mères adolescentes et des filles enceintes.

Ces dernières années, plus de 20 pays africains dont le Kenya, la Sierra Leone et le Malawi ont pris des mesures pour abroger les politiques qui interdisent aux filles enceintes d'aller à l'école ou ont adopté des politiques de poursuite ou de reprise des études pour permettre à ces dernières de continuer de s'instruire après l'accouchement. Cependant, en dépit de ces progrès, **les adolescentes mères font souvent face à d'autres obstacles pour retourner à l'école**, notamment : une méconnaissance des politiques de retour aux études ; un manque de flexibilité pour reprendre là où elles s'étaient arrêtées ; des problèmes financiers ; l'absence de soutien parental ; l'absence de soutien en matière de garde d'enfants à prix abordable ; des formalités administratives ; des politiques exigeant un long intervalle entre l'accouchement et

le retour aux études ; et la discrimination envers les filles enceintes de la part des enseignant·e·s, des administrateur·rice·s et des camarades de classe²³.

Dans la plupart des pays d'ALC, les lois interdisant aux filles enceintes d'aller à l'école sont rares, voire inexistantes, et il existe des lois garantissant le droit des filles à l'éducation. Cependant, dans les faits, les filles qui tombent enceintes abandonnent souvent l'école pour ne pas être perçues comme donnant un « **exemple honteux** »²⁴. Par exemple, en République dominicaine, qui possède un des taux de grossesse chez les adolescentes les plus élevés d'Amérique latine, il est pratiquement impossible pour les filles de poursuivre leurs études en raison d'une combinaison de services de soutien et de garde d'enfants inadéquats, de stigmatisation sociale et du jugement et de la marginalisation de la part d'enseignant·e·s et autres membres du personnel scolaire²⁵.


En Asie du Sud, dans un contexte d'enseignement de piètre qualité et de faible proportion de main-d'œuvre féminine, **le mariage et la maternité peuvent sembler la seule option viable pour les filles et les femmes**. Généralement, les filles abandonnent l'école pour se marier puis tombent enceintes, et le mariage et l'éducation sont considérés comme incompatibles²⁶. Sans doute pour cette raison, il existe peu de données sur les grossesses d'adolescentes en tant que cause d'abandon scolaire. En effet, la plupart des recherches examinent l'impact du mariage des enfants sur l'éducation des filles.

Impact sur les perspectives d'avenir

Les grossesses chez les adolescentes, ainsi que la perturbation de l'éducation qu'elles tendent à provoquer, nuisent à la prospérité économique des femmes toute leur vie durant. Les jeunes femmes sont déjà désavantagées lorsqu'il est question de leur participation au marché du travail. Dans les pays à faible et moyen revenu, les normes de genres entravent l'accès des jeunes femmes à un travail rémunéré et ces dernières sont les moins susceptibles d'exercer un emploi rémunéré, surtout celles non scolarisées ou ayant un handicap. Les jeunes femmes qui ont un emploi rémunéré sont plus susceptibles d'exercer un travail précaire et informel que leurs homologues masculins²⁷.

Les grossesses chez les adolescentes accentuent ce désavantage. Dans 22 pays d'Asie, d'Afrique et d'AMC, les femmes dans la jeune vingtaine sont plus susceptibles de travailler si elles ont donné naissance avant l'âge de 18 ans. Cependant, les femmes de tous âges ayant donné naissance pendant l'adolescence sont moins susceptibles d'avoir un emploi rémunéré que celles n'ayant jamais donné naissance ou l'ayant fait plus tard. Autrement dit, elles sont plus susceptibles d'avoir un travail non rémunéré ou un travail dont les paiements sont en nature. Cela donne à penser que les mères adolescentes sont non seulement **poussées vers des emplois non rémunérés**, mais qu'elles continuent d'occuper des emplois **où la possibilité de rémunération en espèces est limitée tout au long de leur vie active**²⁸. Dans six pays d'Amérique latine, une étude a révélé que les femmes ayant donné naissance pendant l'adolescence sont **trois fois moins susceptibles d'obtenir un diplôme universitaire** à l'âge adulte que celles ayant donné naissance plus tard²⁹.

Il a également été observé que les filles de mères adolescentes sont plus susceptibles de devenir elles aussi des mères adolescentes, ce qui pousse **les mères adolescentes et leurs enfants dans un cycle de pauvreté**³⁰. Les mères adolescentes ayant vécu des grossesses répétées et à faible intervalle feront face à des obstacles additionnels pour retourner à l'école



SUR LA PHOTO: Mwajuma a suivi un atelier de coiffure avec la SOFRES et peut désormais gagner un revenu pour elle et son fils. La grossesse chez les adolescentes peut souvent freiner les filles et les femmes sur le plan économique pour le reste de leur vie.
Photo : Filles, Pas Epouses: Thom Pierce

Exclusion sociale et redéfinition des relations

Les grossesses chez les adolescentes et le mariage des enfants sont plus courants chez les filles de communautés pauvres et marginalisées³¹, et tomber enceinte **exacerbe cette marginalisation**. Partout dans le monde, **les grossesses chez les adolescentes peuvent donner lieu à un degré élevé d'exclusion sociale** : non seulement elles provoquent l'abandon scolaire, mais les filles enceintes ou mères qui ne sont pas mariées font souvent l'objet d'une importante stigmatisation de la part de leurs parents, de leurs enseignant-e-s, de leurs familles, des leaders religieux et de la communauté dans son ensemble³². Les parents de mères adolescentes peuvent réagir avec colère à leur grossesse, donnant lieu à une détérioration des relations. Dans les pires cas, la fille peut être chassée de la maison familiale, avec pour conséquences probables une insécurité financière et un mariage précoce avec le père de l'enfant³³. Les parents peuvent également contraindre leur fille à se marier précocement pour éviter le déshonneur d'une grossesse hors mariage³⁴.

Les mères adolescentes signalent également des changements sur le plan de leurs amitiés après avoir accouché, leurs amies célibataires et sans enfant ayant de la difficulté à s'identifier à leurs expériences. Cette réalité contribue à exacerber leur isolement social et leur solitude³⁵. En ALC et en Afrique subsaharienne, les mères adolescentes signalent souvent être **abandonnées par le père de leur enfant**, qui peut refuser de reconnaître la paternité ou d'en assumer la responsabilité. Cette situation peut les inciter à chercher d'autres unions informelles ou à se livrer à des rapports sexuels transactionnels, ce qui les pousse dans un cycle de pauvreté et d'insécurité³⁶.

En Asie du Sud, les grossesses d'adolescentes ont normalement lieu après un mariage précoce et sont moins susceptibles d'être involontaires. Dans ces contextes, les grossesses d'adolescentes ne sont pas stigmatisées. En fait, elles sont souvent perçues comme **le parcours de vie le plus approprié d'une adolescente respectable**, en vertu de normes sociales qui valorisent principalement les filles et les femmes pour leurs rôles d'épouses et de mères³⁷.

Néanmoins, même dans ces contextes, les grossesses chez les adolescentes et le mariage des enfants peuvent provoquer l'exclusion sociale, les filles devant abandonner l'école et leurs camarades pour plutôt rester à la maison sous l'influence de leur belle-famille, avec pour résultat **une liberté et une mobilité limitées**³⁸.

Les mères adolescentes doivent souvent composer avec les conséquences de leur grossesse sur leurs relations amoureuses et familiales. Selon des programmes pour les nouveaux parents du Mexique, du Burkina Faso, du Nigeria et de la Tanzanie, le statut amoureux des mères adolescentes peut être très instable, des filles entrant en relation avec le père de leur enfant et d'autres quittant cette relation dans les premières années suivant la grossesse³⁹. Si ces filles restent non mariées et vivent chez leurs parents, la grossesse peut peser lourdement sur leurs relations familiales.

Le manque de soutien social et l'importance de la stigmatisation sociale et de la marginalisation des mères adolescentes et des filles enceintes contribuent à leur tour à un risque accru de **dépression, d'anxiété et de suicidabilité** (à savoir, le risque de suicide, qui se manifeste généralement par des pensées ou des comportements suicidaires) chez les mères adolescentes et les filles enceintes. Cette situation est aggravée par les nombreuses autres difficultés auxquelles elles font face (voir plus bas). Malgré cela, bien souvent les mères adolescentes, y compris celles qui ont été la cible de violences sexuelles, ne sont pas offertes le soutien psychosocial dont elles ont besoin⁴⁰.

SUR LA PHOTO : Naomi au Cirque Cabarete. Naomi souhaite se joindre au Cirque du Soleil et devenir une kite-surfeuse professionnelle. Elle a été témoin des conséquences d'une maternité précoce sur sa sœur, qui a enseigné et partagé ses expériences au Centre Mariposa. Photo : Filles, Pas Epouses/Fran Afonso



Violence basée sur le genre

Il est important de comprendre qu'au niveau mondial, les grossesses chez les adolescentes sont souvent le résultat **du viol, de la coercition sexuelle ou de l'agression sexuelle d'une mineure**⁴¹. La probabilité est particulièrement élevée lorsque la fille est âgée de moins de 15 ans. Les liens directs entre la violence sexuelle et les grossesses chez les adolescentes ne sont pas assez documentés, mais notons qu'au Mexique, on estime à 16 521 le nombre de filles âgées de 10 à 14 ans ayant subi un viol en 2015. L'année suivante, le Mexique a enregistré 11 808 naissances de filles-mères dans ce même groupe d'âge⁴².

En dépit de l'extrême vulnérabilité de leur position (et de lois sur l'âge de consentement, qui criminalisent les relations sexuelles avec des mineur·e·s), bien souvent, les mères adolescentes qui ont subi des violences sexuelles ne reçoivent pas de soutien psychologique adéquat ni les aiguillages appropriés vers des services de soutien ou d'accès à la justice⁴³.

Les femmes qui ont donné naissance pendant l'adolescence sont également plus susceptibles de **subir des violences de leur partenaire intime** tout au long de leur vie⁴⁴. En Afrique du Sud, les adolescentes qui ont été enceintes pendant l'adolescence sont plus susceptibles de signaler des violences de leur partenaire intime (47,2 %) que celles qui ne l'ont pas été (16,8 %) ⁴⁵.

La coercition procréative et la violation des droits sexuels et reproductifs

Bien souvent, les mères adolescentes tombent enceintes non pas intentionnellement, mais parce qu'elles ne sont pas libres de faire leurs propres choix en matière de procréation⁴⁶. **De nombreuses mères adolescentes signalent que la décision d'avoir un enfant n'était pas la leur, en violation de leurs droits reproductifs.**

La coercition procréatrice peut prendre diverses formes : une pression exercée par le partenaire ou sa famille sur une fille déjà mariée pour qu'elle ait un enfant, la dissimulation des contraceptifs ou l'interdiction d'utiliser des moyens de contraception. **La pression pour avoir un fils** est une cause importante de coercition procréatrice chez les adolescentes déjà mariées d'Asie du Sud, qui peuvent être forcées d'avoir des grossesses à répétition jusqu'à la naissance d'un enfant mâle⁴⁷.

Les prestataires de soins de santé sexuelle **peuvent refuser de fournir des moyens de contraception efficaces** (voire refuser de fournir des méthodes de contraception tout court) aux filles déjà mariées qui n'ont toujours pas d'enfant en raison de mythes concernant leurs effets sur la fertilité. Parallèlement, les filles non mariées peuvent se voir refuser l'accès à des moyens de contraception en raison des préjugés des prestataires quant aux relations sexuelles avant le mariage⁴⁸.

Les grossesses attribuables à un viol donnent lieu à une **maternité forcée** dans les contextes où l'accès à un avortement sans danger est limité. Forcer des adolescentes (en particulier celles qui ont subi une agression sexuelle ou ont été violées) à aller jusqu'au bout d'une grossesse non désirée en refusant de leur fournir une contraception d'urgence ou un avortement sans danger constitue une violation manifeste de leurs droits sexuels et reproductifs⁴⁹. Là où la religion exerce une influence considérable sur les politiques en matière de santé sexuelle et reproductive, l'avortement est souvent un crime, au point où des femmes peuvent être jetées en prison pour avoir avorté. Au Salvador, les femmes et les filles **qui subissent une fausse couche pour des raisons indépendantes de leur volonté** sont

accusées d'avortement provoqué, inculpées pour homicide et peuvent recevoir une peine d'emprisonnement de 30 ans⁵⁰.

Impact sur la santé mentale

La recherche à ce sujet est limitée, mais **les grossesses chez les adolescentes sont associées à des risques accrus de problèmes de santé mentale**, notamment la dépression, l'anxiété et les pensées suicidaires⁵¹. On estime que les expériences décrites précédemment, dont la stigmatisation, le viol, l'inceste, les difficultés économiques, l'abandon par le partenaire ou le mariage forcé ont un impact négatif sur la santé mentale des mères adolescentes⁵². Selon une étude sur la suicidabilité au Brésil, **13 % des mères adolescentes manifestent des comportements suicidaires** et celles disposant de soutien social limité sont près de 70 % plus susceptibles de manifester des comportements suicidaires que celles disposant d'un niveau de soutien social élevé⁵³. La maternité forcée en raison de la coercition procréatrice et du manque d'accès à l'avortement constitue une source de détresse pour les femmes de tous âges. Au Salvador et au Guatemala, de nouvelles données probantes suggèrent que cette situation pousse des adolescentes enceintes à s'enlever la vie⁵⁴.

L'adolescente, lorsqu'est très jeune et particulièrement dans le cas de grossesses provoquées par un viol (voir plus bas), pourrait ne pas comprendre qu'elle est enceinte avant d'atteindre un stade de grossesse avancé, avec pour résultat des traumatismes considérables⁵⁵.



SUR LA PHOTO : Ghazal, Khalid et leurs enfants dans un camp de personnes réfugiées au Liban. Ghazal a été mariée à l'âge de 13 ans et a donné naissance à des enfants peu de temps après. Elle a participé à des séances de l'International Refugee Committee sur les inégalités de genre, le processus décisionnel à la maison et les relations saines. Elle a également aidé sa sœur à suivre un parcours différent. Photo : *Filles, Pas Epouses/Thom Pierce*

Santé maternelle, sexuelle et néonatale : issues défavorables

En dépit du fait qu'une grossesse est considérablement plus risquée chez une fille de moins de 20 ans, **les mères adolescentes sont moins susceptibles d'accéder à des services de santé maternelle que les femmes plus âgées**. Parmi les obstacles à l'accès, on compte : l'ignorance de ces services, l'ignorance des moyens d'y accéder, le déni initial de la grossesse, les obstacles financiers et logistiques, le sentiment de honte et la peur de la stigmatisation, les comportements des prestataires de service à l'égard des adolescentes et les lois et politiques qui interdisent l'accès à de tels services sur la base de l'âge ou du statut marital. Dans de nombreux pays d'Asie du Sud dont le Népal, l'Inde et le Bangladesh, des cadres juridiques et politiques empêchent les filles qui n'ont pas atteint l'âge de consentement d'avoir accès à des soins de santé maternelle, et ce même si elles sont mariées. Les filles déjà mariées peuvent également être tenues d'obtenir la permission de leur partenaire ou de la mère de ce dernier pour avoir accès à des soins de santé.

Souvent, les filles qui reçoivent des soins de santé maternelle sont jugées par les prestataires de service et obtiennent des services de piètre qualité. Elles peuvent notamment faire l'objet de **violence obstétrique**^c et ne pas recevoir d'informations sur les méthodes de contraception à utiliser après l'accouchement. La violence obstétrique (qui est, dans tous les cas, inacceptable) est plus souvent observée chez les jeunes femmes non mariées et non scolarisées. Les mères adolescentes d'Amérique latine signalent souvent cette violence, qui peut aller du jugement à l'endroit des mères adolescentes lors de l'accouchement à la pose forcée de dispositifs intra-utérins après l'accouchement, une pratique qui serait systématique au Mexique⁵⁶. Tous ces aspects contribuent à une piètre santé maternelle et néonatale⁵⁷.

Les grossesses chez les adolescentes donnent souvent lieu à des grossesses répétées et à faible intervalle qui compromettent davantage la santé de la mère. Les mères adolescentes ont besoin d'un **accès à des moyens de contraception après l'accouchement** pour espacer et prévenir les grossesses et ainsi améliorer la santé maternelle⁵⁸.

Dans les cas de grossesses involontaires et non désirées chez les adolescentes, il importe de fournir des services d'avortement sans dangers aux filles qui ne souhaitent pas poursuivre leur grossesse. Les lois hostiles à l'avortement font en sorte que les adolescentes enceintes s'en remettent souvent à des **prestataires de services d'avortement clandestins et non qualifiés** qui mettent leur santé et même leur vie en danger. Selon Guttmacher, entre 8 et 11 % de tous les décès maternels sont attribuables à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et les adolescentes sont plus susceptibles d'utiliser les services de prestataires dangereux (remarque : le degré de fiabilité de ces données est faible)⁵⁹.

En Afrique de l'Est et en Afrique australe, où les taux d'infection au VIH sont élevés chez les adolescentes, **il existe une forte corrélation entre le VIH et la maternité chez les adolescentes**⁶⁰. Le double impact de la grossesse chez les adolescentes et d'un diagnostic de séropositivité peut être particulièrement troublant, en particulier lorsque la grossesse n'a pas été planifiée. En effet, les filles doivent composer avec les difficultés liées à leur nouveau rôle de mère et le début d'une vie de traitement du VIH, ainsi qu'avec la stigmatisation liée à la

^c Le terme « violence obstétrique » a vu le jour en Amérique latine et fait référence aux sévices et aux mauvais traitements à l'endroit des mères lors de l'accouchement, dont la violence verbale et physique, le refus d'administrer les soins de santé qui s'imposent (y compris le soulagement de la douleur et des procédures vitales) et l'administration de procédures médicales sans le consentement de la mère.

fois à la grossesse et au VIH. Les mères adolescentes d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe sont moins susceptibles de recevoir des soins et des traitements pour le VIH que les femmes plus âgées. Aussi, elles nécessitent un plus grand soutien pour garantir l'obtention des soins dont elles ont besoin⁶¹.

3. POUR UNE APPROCHE HOLISTIQUE QUI ATTEINT ET SOUTIENT LES MÈRES ADOLESCENTES ET LES FILLES ENCEINTES ET LES AIDE À ACCROÎTRE LEUR AUTONOMIE

Comme nous l'avons démontré précédemment, les mères adolescentes et les filles enceintes ont des besoins complexes qui vont au-delà de la santé maternelle et néonatale. Elles nécessitent un soutien pour réaliser leurs droits, retourner à l'école, accéder à des débouchés économiques, s'adapter à leur nouveau rôle de mère et obtenir des services juridiques et d'aide sociale lorsque leur grossesse est liée à la violence sexuelle. Les filles enceintes et les mères adolescentes ont souvent été négligées par le secteur de la santé sexuelle et reproductive des adolescent·e·s, qui tendent à privilégier la prévention des grossesses chez les adolescentes et à considérer les mères adolescentes comme des échecs⁶². De même, les filles déjà mariées ont souvent été négligées par le mouvement pour la fin du mariage des enfants, la majeure partie de la recherche et des programmes étant centrés sur les conséquences du mariage des enfants et les stratégies de prévention⁶³. Aussi, les filles déjà mariées sont souvent **ignorées ou négligées dans les stratégies nationales visant à prévenir le mariage des enfants ou les grossesses chez les adolescentes**, ou les stratégies plus globales visant à améliorer la santé des adolescent·e·s.

D'autre part, si de nombreux pays possèdent des politiques de réinsertion scolaire, celles-ci sont rarement harmonisées à des services sociaux et de santé, ce qui signifie que les besoins de nombreuses adolescentes ne sont pas satisfaits et qu'elles sont susceptibles d'abandonner l'école une deuxième fois. Ce problème, en plus de constituer une violation des droits des filles à l'éducation et de leurs droits sexuels et reproductifs, nuit à leurs objectifs de développement à long terme.

C'est à l'État qu'incombe la responsabilité ultime de veiller au respect des droits des adolescentes. **Pour répondre aux besoins des mères adolescentes et de leurs enfants, des politiques destinées à les soutenir doivent être intégrées aux stratégies nationales existantes de manière à garantir un ensemble complet de mesures d'appui.** Compte tenu de la nature interreliée des besoins des mères adolescentes et des difficultés auxquelles elles font face, les services sociaux, de santé, d'éducation, de protection de l'enfance et de protection sociale doivent collaborer afin de relever les lacunes des politiques et programmes actuels en ce qui concerne les mères adolescentes, puis concevoir et fournir les services de soutien additionnels qui s'imposent. En particulier, l'aiguillage des filles qui ont subi des violences sexuelles vers les services compétents constitue une lacune à traiter d'urgence dans pratiquement tous les contextes. Enfin, les politiques des différents secteurs doivent également être harmonisées.

Programme Reencontrandome au Mexique

Le programme mexicain Reencontrandome (« Retrouvailles ») a été conçu pour répondre aux nombreux besoins des mères adolescentes vivant dans la pauvreté et les aider à renforcer leur autonomie et faire des projets d'avenir⁶⁴. Le programme possédait de nombreux objectifs :

- Soutenir les mères adolescentes pour qu'elles exercent leurs droits sexuels et reproductifs. À cette fin, elles ont été sensibilisées au recours à différentes méthodes de contraception et aux avantages de l'espacement des naissances.
- Aider les mères adolescentes à prendre des décisions concernant leur avenir, notamment en ce qui concerne le retour à l'école ou au travail, et à se fixer des objectifs de vie.
- Améliorer la communication au sein du couple et acquérir des compétences de la vie courante.
- Assurer la transmission des acquis en faisant des diplômées du programme des agents de changement dans leurs communautés.

Selon les résultats de ce programme, l'établissement de réseaux de soutien est primordial pour aider les mères adolescentes. Cette stratégie a fonctionné à différents niveaux. Un appui direct a été offert grâce à l'établissement de réseaux de soutien permettant aux mères adolescentes de rencontrer des pairs se trouvant dans des situations semblables. On a également organisé des ateliers sur le retour à l'école, l'employabilité des jeunes et la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR). Les prestataires de soins de santé sexuelle et reproductive, dont les médecins et les infirmier·ère·s, ont aussi été sensibilisé·e·s à la SDSR des adolescent·e·s. On a également vérifié la disponibilité de différentes méthodes de contraception. Des cas de violence sexuelle ont été relevés et les personnes concernées ont été aiguillées vers les services compétents. Voici les résultats à la fin du programme :

- La proportion de filles utilisant des contraceptifs a augmenté de plus de 30 %.
- La proportion de filles signalant communiquer avec assurance avec leur partenaire a augmenté de 33 %.
- La proportion de filles fréquentant l'école ou engagées dans une activité rémunérée a augmenté de 40 %.
- La proportion de filles signalant posséder un réseau de soutien sur lequel elles peuvent compter a augmenté de près de 70 %.

Recommandations multisectorielles

La Jamaïque et le Guyana possèdent des politiques multisectorielles détaillées en faveur de la réintégration des mères adolescentes dans le système scolaire et, en Jamaïque, à l'appui de la transition de l'école au monde du travail. Les deux politiques ont donné lieu à la création de

mécanismes intersectoriels visant à repérer les mères adolescentes et les filles enceintes et à les aiguiller vers les services appropriés, notamment des services d'aide psychologique et de santé maternelle. Ces deux politiques n'ont pas été évaluées en profondeur, mais elles constituent des exemples de pratiques prometteuses pouvant être reproduites ailleurs⁶⁵. Nous appelons à la mise en œuvre des politiques et programmes multisectoriels suivants :

- **Mettre en place des mécanismes d'aiguillage et de suivi** entre les systèmes de santé, d'éducation et de protection de l'enfance de manière à repérer les adolescentes enceintes à l'école et les orienter vers les services de santé maternelle, de soutien et de protection de l'enfance appropriés.
- Créer une **politique de sauvegarde** pour les écoles en vue d'aiguiller les filles vers les services de protection et de soutien psychosocial appropriés lorsque la grossesse est le résultat d'un viol ou que le père est un adulte.
- **Harmoniser les politiques d'éducation et de santé en ce qui concerne la durée de la période de congé maternel après la naissance d'un enfant.** Effectuer un suivi des adolescentes qui ont abandonné l'école en raison d'une grossesse et contacter de manière proactive les filles après l'accouchement, en particulier dans les régions rurales, en vue de faciliter la réintégration scolaire.
- **Conjuguer des services d'éducation, de santé et de protection de l'enfance à des programmes communautaires** visant à réduire la stigmatisation de la grossesse et de la maternité chez les adolescentes et à renforcer l'autonomie des filles. Ces programmes doivent notamment créer des réseaux de soutien permettant aux mères adolescentes de se rencontrer et de partager leurs expériences, faire participer les parents et les partenaires des mères adolescentes, enseigner des compétences de la vie courante et fournir des informations sur la SDSR.

Recommandations pour le secteur de l'éducation

De nombreux pays (notamment la Jamaïque, le Guyana et 26 pays d'Afrique dont le Gabon, le Kenya et le Malawi) ont adopté des politiques de réadmission pour s'assurer que les adolescentes enceintes et les mères adolescentes peuvent poursuivre leurs études⁶⁶. Bon nombre de ces politiques, qui gagneraient à être étudiées plus en profondeur, s'emploient à remédier aux obstacles auxquels font face les adolescentes enceintes et les mères adolescentes et certains de leurs aspects devraient être reproduits ailleurs :

- **Éliminer toutes les politiques qui, explicitement ou implicitement, interdisent aux filles enceintes et aux mères adolescentes d'aller à l'école** et offrir aux filles la flexibilité de reprendre leurs études là où elles ont été interrompues sans devoir attendre une longue période après l'accouchement.
- Aider les filles à **maintenir un équilibre entre leurs charges familiales et leur éducation** :
 - Mettre en place des structures de garde d'enfance telles que des crèches près des écoles, comme c'est le cas en Jamaïque.
 - Offrir aux mères adolescentes des heures d'enseignement flexibles et adapter l'enseignement aux besoins de la mère, par exemple lorsqu'elles doivent s'absenter pour allaiter ou parce que le bébé est malade ou doit subir un examen de santé.

- Fournir aux adolescentes des services de consultation et de **soutien psychosocial à l'école**.
- **Aiguiller les élèves vers des services de santé sexuelle et reproductive appropriés et adaptés aux jeunes**, notamment en ce qui concerne des moyens de contraception et un avortement sans danger.
- Fournir un **soutien financier** aux mères adolescentes pour leur scolarisation. En Amérique latine, on appuie généralement le retour aux études des mères adolescentes au moyen de bourses, notamment au Mexique, en République dominicaine et au Costa Rica⁶⁷.
- Organiser des activités de **sensibilisation et de clarification des valeurs** avec les enseignant·e·s et autres membres du personnel scolaire quant aux droits des adolescentes de mener des études sans faire l'objet de stigmatisation.
- Fournir une **éducation complète à la sexualité** à tous les élèves de niveau secondaire.
- Garantir le **financement, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de réadmission** de manière à mieux évaluer ce qui fonctionne.

Recommandations pour le secteur du soutien social et le niveau communautaire

En plus d'un accès à une éducation et à des soins de santé, les filles enceintes et les mères adolescentes ont besoin d'aide pour composer avec les difficultés d'être parent pour la première fois, notamment par le renforcement de leurs compétences de la vie courante et de leur capacité à agir et à influencer le monde qui les entoure.

- Offrir des **programmes communautaires complets** qui renforcent les compétences de la vie courante des filles, leur autonomie et leurs connaissances en matière de maternité et de soins des enfants, de contraception et de santé reproductive. Par exemple, le projet First Time Parents d'USAID au Nigeria, au Burkina Faso et en Tanzanie offrait un ensemble holistique d'interventions pour les nouveaux parents, notamment des enseignements sur la santé maternelle et infantile, les moyens de contraception, la santé reproductive, les relations de genre équitables, l'établissement de réseaux de soutien pour les nouvelles mères et des interventions auprès de la communauté dans son ensemble. De nouveaux parents de moins de 25 ans (mères et pères) ont participé et, à la fin du projet, on a constaté des améliorations sur le plan de la communication dans le couple, de l'utilisation de contraceptifs, de l'espacement des naissances et de la division des tâches domestiques et parentales⁶⁸.
- Créer des **réseaux de soutien** pour les mères adolescentes leur permettant de partager leurs connaissances et leurs expériences.
- Créer des **espaces sûrs** où les filles peuvent partager leurs expériences peut aider les mères adolescentes et les filles enceintes à composer avec la stigmatisation et l'isolement qu'elles subissent. D'après les résultats du programme Reencontrandome, l'établissement de réseaux de soutien est primordial pour appuyer des mères adolescentes⁶⁹.
- S'assurer la coopération **des maris et partenaires** au moyen de programmes parallèles qui encouragent la communication dans le couple, l'utilisation de moyens contraceptifs et la paternité responsable et contribuent à réduire la violence familiale. Les programmes Meseret Hiwat et Addis Hiwan du Population Council en Éthiopie font participer les

jeunes filles mariées et leurs maris parallèlement. Le programme des filles est centré sur la communication, l'estime de soi, la santé reproductive et le genre au moyen de groupes de filles, tandis que le programme des maris est centré sur la non-violence, le soutien des familles et la santé reproductive. À la fin du programme, les filles signalent une amélioration du soutien du conjoint pour les tâches domestiques et une utilisation accrue des moyens de contraception, des résultats plus marqués lorsque le mari a aussi participé au programme⁷⁰.

- **Sensibiliser l'ensemble de la communauté** (y compris les parents des adolescentes, les belles-mères, les enseignant-e-s et les leaders communautaires et religieux) aux besoins des mères adolescentes, aux choix des jeunes et à la sexualité des jeunes en vue de réduire la stigmatisation et changer les normes sociales.
- Cibler les mères adolescentes dans les programmes visant à soutenir le passage de l'école à la vie active et offrir une **protection sociale** sous la forme de transferts monétaires pour les mères adolescentes qui cherchent du travail.

Recommandations pour le secteur de la santé

Les ministères de la Santé doivent donner la priorité à l'amélioration des résultats en matière de santé pour les adolescentes enceintes et les mères adolescentes. À cette fin, ils doivent augmenter l'enveloppe budgétaire consacrée à la santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s (et à leur santé plus globalement) et œuvrer de concert avec les secteurs de l'éducation et de l'aide sociale en vue d'apporter les changements suivants aux politiques et à la prestation de soins de santé :

- **Éliminer les obstacles juridiques** qui empêchent les adolescentes enceintes d'avoir recours à des services de santé sexuelle (notamment en ce qui concerne la santé maternelle, le VIH, la contraception et l'avortement) sur la base de leur âge, leur statut matrimonial ou le nombre de leurs enfants.
- **Conseiller et informer** les adolescentes déjà mariées ou non mariées **en matière de contraception** pour leur permettre de retarder et espacer leurs grossesses, conformément à des services de santé maternelle de qualité.
- Mener d'urgence des exercices de sensibilisation et de clarification des valeurs auprès des prestataires de soins de santé sexuelle et reproductive en vue de **changer les comportements à l'égard des mères adolescentes** et de sensibiliser ces prestataires aux droits sexuels et reproductifs des jeunes. Mettre également en place des mécanismes de signalement pour les cas de violence obstétrique à l'égard des mères adolescentes.
- **Former le personnel sur les liens entre les grossesses chez les adolescentes et la violence sexuelle** et mettre en place des mécanismes de signalement pour les cas de grossesses résultant d'un viol. Fournir aux victimes de viol les soins médicaux appropriés, notamment la pilule du lendemain et la PrEP (le médicament qui empêche le virus du VIH de se développer), le cas échéant.
- Envisager la mise en place de **centres de santé maternelle pour les grossesses à haut risque** dans les régions rurales où les taux de grossesses chez les adolescentes et de violence sexuelle sont élevés. Au Nicaragua, des « maisons maternelles » offrent des soins de santé maternelle et un espace sûr aux femmes et aux filles à risque élevé de grossesse

dans les régions rurales où il est autrement difficile d'accéder à des services de santé maternelle⁷¹.

- Mettre en place des **services communautaires de proximité pour atteindre les filles les plus marginalisées** au moyen de visites à la maison et de consultations par téléphone de manière à leur offrir des informations et des conseils sur la contraception et des aiguillages vers des services de santé maternelle. La télémédecine est particulièrement importante dans le contexte de pandémie de COVID-19 et a été utilisée, par exemple, dans le cadre du projet Arriba de Plan International en Bolivie pour repérer les grossesses à haut risque et aiguiller immédiatement les mères concernées vers les services compétents⁷².
- Collaborer avec les services sociaux pour **conjuguer la prestation de soins de santé à des actions de sensibilisation à l'éducation complète à la sexualité et à la SDRS dans les communautés**, avec pour cibles les mères adolescentes, leurs parents et leur mari/partenaire, ainsi que la communauté dans son ensemble.

CONCLUSIONS

Le mariage des enfants et les grossesses chez les adolescentes vont souvent de pair, mais il est rarement reconnu que la majorité des mères adolescentes sont des filles déjà mariées. Aucune action visant à remédier à l'un ou l'autre de ces problèmes ne devrait être menée sans tenir compte des liens qui les unissent et des besoins spécifiques des mères adolescentes, des filles enceintes et des filles déjà mariées. S'il est important de mener des efforts de prévention pour aider les adolescentes à éviter les conséquences négatives du mariage des enfants et des grossesses précoces, les politiques visant à améliorer la santé, l'éducation et le bien-être des adolescent·e·s ne doivent pas non plus oublier les filles déjà mariées, enceintes ou déjà mères.

REMERCIEMENTS

Filles, Pas Epouses : Le Partenariat Mondial pour la Fin du Mariage des Enfants tient à remercier les organisations suivantes pour leur contribution à la rédaction de ce rapport thématique : FP2030, Accelerate Hub et Plan International.

RÉFÉRENCES

¹ UNFPA, [Girlhood not motherhood](#), 2015.

² Organisation mondiale de la Santé, [Grossesse chez les adolescentes](#), 2020.

³ S. Mathur, M. Greene et A. Malhotra, [Too young to wed: The lives, rights, and health of young married girls](#), Centre international de recherche sur les femmes, 2003.

⁴ Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, [Adolescent fertility since the International Conference on Population and Development \(ICPD\) in Cairo](#), 2013 ; R. Bransky, J. Enoch, C. Long et A. Bennett-Clemmow, [Child marriage in Sierra Leone, Guinea, Nicaragua and Indonesia Cultural roots and girl-](#)

[centred solutions, global summary](#), Purposeful Productions, 2017 ; D. Fry, C. Hodzi et T. Nhenga, [Addressing social norms that underpin violence against children in Zimbabwe: Findings and strategic planning document](#), ministère des Services publics, du Travail et de la Protection sociale, 2016.

⁵ A. Bajracharya, S. R. Psaki et M. Sadiq, [Child marriage, adolescent pregnancy and school dropout in South Asia](#), Population Council pour le bureau régional de l'Asie du Sud du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Katmandou, Népal, 2019.

⁶ I. Yakubu et W. J. Salisu, « [Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review](#) », *Reproductive Health*, vol. 15, n°

- 15 (2018) ; et Plan International, [A hidden reality: Child, forced and early marriages and unions in Latin America and the Caribbean](#), 2019.
- ⁷ Banque internationale pour la reconstruction et le développement et Banque mondiale, [Teenage pregnancy and opportunities in Latin America and the Caribbean, on early child bearing, poverty and economic achievement](#), 2012 ; B. O. Ahinkorah *et al.*, « [Prevalence of first adolescent pregnancy and its associated factors in sub-Saharan Africa: A multi-country analysis](#) », *PLoS ONE*, vol. 16, n° 2 (2021), [Progress towards ending child marriage over the last decade: a missed opportunity to deliver for the world's most marginalised girls](#), 2021.
- ⁸ M. Liang *et al.*, « [The state of adolescent sexual and reproductive health](#) », *Journal of Adolescent Health*, vol. 65, n° 6, suppléments S3-S15 (2019).
- ⁹ UNFPA, 2021, [État de la population mondiale 2021](#).
- ¹⁰ IPPF, [Stolen lives: A multi-country study on the health effects of forced motherhood on girls 9-14 years old](#), 2019 ; P. I. Gómez, R. Molina et N. Zamberlin, [Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe](#), 2011.
- ¹¹ Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, [Fertility among very young adolescents aged 10-14 years](#) (ST/ESA/SER.A/448), 2020.
- ¹² UNFPA, [Impact of COVID-19 on family planning: What we know one year into the pandemic](#), 2021.
- ¹³ UNICEF, [COVID-19: A threat to progress against child marriage](#), 2021.
- ¹⁴ OMS, [Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015](#), 2016 ; T. Ganchimeg *et al.*, « [Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study](#) », *BJOG*, vol. 121, no S1 (2014), p. 40-48.
- ¹⁵ UNFPA, 2015, *op. cit.*
- ¹⁶ Z. Li *et al.*, « [Maternal healthcare coverage for first pregnancies in adolescent girls: a systematic comparison with adult mothers in household surveys across 105 countries, 2000-2019](#) », *BMJ Global Health*, 2020.
- ¹⁷ UNICEF, [Ending child marriage: Progress and prospects](#), 2014.
- ¹⁸ D. Govender, S. Naidoo et M. Taylor, « ["I have to provide for another life emotionally, physically and financially": understanding pregnancy, motherhood and the future aspirations of adolescent mothers in KwaZulu-Natal South, Africa](#) », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 20, n° d'article 620.
- ¹⁹ MSI Reproductive Choices, [Her body, her future: The role of reproductive choice in girls' access to education](#), 2021.
- ²⁰ Plan International, 2019, *op. cit.* ; Human Rights Watch, [Leave no girl behind in Africa: Discrimination in education against pregnant girls and adolescent mothers](#), 2018
- ²¹ Human Rights Watch, 2018, *op. cit.*
- ²² *Ibid.*
- ²³ *Ibid.* ; Human Rights Watch, 2018, *op. cit.* ; et D. Kennedy, [Jamaica's policy for the school reintegration of school-age mothers: How are we doing and where do we need to go?](#), Echidna Global Scholars Program, 2017.
- ²⁴ Plan International, 2019, *op. cit.*
- ²⁵ Human Rights Watch, [Dominican Republic: Policies fuel teen pregnancy. Girls need comprehensive sexuality education, health services, safe abortion](#), 2019.
- ²⁶ A. Bajracharya, S. R. Psaki et M. Sadiq, 2019, *op. cit.*
- ²⁷ P. Rose, [Exploring the school to work transition for adolescent girls: Summary](#), REAL Centre, University of Cambridge, 2021.
- ²⁸ Women Deliver et Population Council, [Having a child before becoming an adult: Exploring the economic impact in a multi-country analysis](#), 2019.
- ²⁹ UNFPA, [Socioeconomic consequences of adolescent pregnancy in six Latin American countries: Implementation of the Milena Methodology in Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico and Paraguay](#), 2020.
- ³⁰ N. Liu *et al.*, « [Intergenerational teen pregnancy: a population-based cohort study](#) », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 125, n° 13 (2018), p. 1766-1774.
- ³¹ UNICEF, 2014, *op. cit.* ; IPPF, 2019, *op. cit.*
- ³² Human Rights Watch, 2018, *op. cit.* ; D. Kennedy, 2017, *op. cit.*
- ³³ L. Atuyambe *et al.*, « [Experiences of pregnant adolescents - voices from Wakiso district, Uganda](#) », *African Health Sciences*, vol. 4, n° 4 (2005), p. 304-309 ; D. Govender, S. Naidoo et M. Taylor, 2020, *op. cit.* ; M. Kumar *et al.*, « [Adolescent pregnancy and challenges in Kenyan context: Perspectives from multiple community stakeholders](#) », *Global Social Welfare*, vol. 5 (2018), p. 11-27.
- ³⁴ Plan International, 2019, *op. cit.*
- ³⁵ K. A. Bellamy, [The educational aspirations of Barbadian adolescent mothers and their perceptions of support](#), Walden University, 2017.

- ³⁶ Plan International, 2019, *op. cit.* ; D. Govender, S. Naidoo et M. Taylor, 2020, *op. cit.*
- ³⁷ A. Bajracharya, S. R. Psaki et M. Sadiq., 2019, *op. cit.*
- ³⁸ A. Malhotra et S. Elnakib, S., [Evolution in the evidence base on child marriage 2000–2019, executive summary](#), Programme mondial UNFPA-UNICEF visant à accélérer la lutte contre le mariage d'enfants, 2021.
- ³⁹ A. Kanesathasan, E. Mills et E. Ramirez-Ferrero, [Key insights for first-time parent programs](#), USAID, Evidence to Action, 2020 ; MFondation mexicaine pour la planification familiale (Mexfam), *Validación del Modelo Reencontrándome con madres adolescentes, Autonomía en la toma de decisiones en salud sexual y salud reproductiva, aplazamiento del embarazo y calidad de vida*.
- ⁴⁰ S. C. Hodgkinson *et al.*, « [Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers](#) », *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 23, n° 1 (2010), p. 1622 ; D. Govender, S. Naidoo, et M. Taylor, *op. cit.*
- ⁴¹ N. Gunawardena, A. W. Fantaye et S. Yaya, « [Predictors of pregnancy among young people in sub-Saharan Africa: a systematic review and narrative synthesis](#) », *BMJ Global Health*, 2019 ; Organisation des États américains, [Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará](#), 2016 ; World Vision, [The violent truth about adolescent pregnancy](#), 2019.
- ⁴² IPAS, [Violencia sexual y embarazo infantil en México: Un problema de salud pública y de derechos humanos](#), 2018.
- ⁴³ IPPF, 2019, *op. cit.* ; Organisation des États américains, *op. cit.*
- ⁴⁴ A. Raj et U. Boehmer, « [Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries](#) », *Violence Against Women*, vol. 19, n° 4 (2013), p. 536-551.
- ⁴⁵ M. C. D. Stoner *et al.*, « [The relationship between school dropout and pregnancy among young women in South Africa: a HPTN o68 analysis](#) », *Health Education and Behavior*, vol. 46, n° 4 (2019), p. 559-568.
- ⁴⁶ D. Govender, S. Naidoo et M. Taylor, 2020, *op. cit.* ; Ipas Centroamérica, [Atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual en Nicaragua](#), 2013 ; N. Gunawardena, A. W. Fantaye et S. Yaya, 2019, *op. cit.*
- ⁴⁷ T. Rizzo, M. Puri et S. Petroni, [Reproductive coercion in Nepal](#), Centre international de recherche sur les femmes, 2018.
- ⁴⁸ V. Chandra-Mouli *et al.*, « [Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access](#) », *Reproductive Health*, vol. 11, n° 1 (2014).
- ⁴⁹ IPPF, 2019, *op. cit.*
- ⁵⁰ Guardian, [El Salvador abortion laws on trial in case of woman jailed after miscarriage](#), 2017. Consulté le 9 août 2021.
- ⁵¹ S. C. Hodgkinson *et al.*, 2010, *op. cit.* ; D. Govender, S. Naidoo et M. Taylor, 2020, *op. cit.* ; IPPF, 2019, *op. cit.*
- ⁵² K. Tull, [Consequences for adolescents when they become pregnant, and become mothers](#), Institute of Development Studies, 2020 ; IPPF, 2019, *op. cit.*
- ⁵³ R. T. Pinheiro *et al.*, « [Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: social, obstetric and psychiatric correlates](#) », *Journal of Affective Disorders*, vol. 136 (2012), p. 520-525.
- ⁵⁴ FLACSO Guatemala, [Vidas silenciadas, una tragedia de la que nadie se habla](#), 2019 ; UNFPA El Salvador, [¿Sin opciones? Muertes maternas por suicidio](#), 2019.
- ⁵⁵ IPPF, 2019, *op. cit.*
- ⁵⁶ Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, [Validación del Modelo Reencontrándome con madres adolescentes](#), n° 10, Serie Lecciones Aprendidas De Evaluación, Investigación E Incidencia Política (2020).
- ⁵⁷ G. Morgan *et al.*, [A time of uncertainty and opportunity: Findings from a formative assessment of first-time parents in Cross River State, Nigeria](#), USAID, Evidence to Action, 2019.
- ⁵⁸ UNICEF, 2014, *op. cit.*
- ⁵⁹ S. Singh *et al.*, [Abortion worldwide 2017: Uneven progress and unequal access](#), Guttmacher Institute, 2018 ; Plan International, [Sexual and reproductive health and rights](#), 2018.
- ⁶⁰ UNICEF, [Addressing the needs of adolescent and young mothers affected by HIV in Eastern and Southern Africa](#), 2020.
- ⁶¹ *Ibid.*
- ⁶² IPPF, [Adolescent parenthood and mental health problems](#), 2016. Consulté le 15 juillet 2021 ; A. Kanesathasan, E. Mills et E. Ramirez-Ferrero, 2020, *op. cit.*
- ⁶³ A. Malhotra et S. Elnakib, 2021, *op. cit.*
- ⁶⁴ Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 2020, *op. cit.*
- ⁶⁵ UNICEF, ministère guyanien de l'Éducation, [Reintegration of adolescent mothers into the formal school system](#), 2018 ; D. Kennedy, 2017, *op. cit.*

⁶⁶ Human Rights Watch, 2018, *op. cit.*

⁶⁷ Mira que te Miro, <https://miraquetemiro.org/>. Consulté en août 2021.

⁶⁸ A. Kanesathasan, E. Mills et E. Ramirez-Ferrero, 2020, *op. cit.*

⁶⁹ Fundación Mexicana para la Planefación Familiar, 2020, *op. cit.*

⁷⁰ A. Erulkar et T. Tamrat, « [Evaluation of a reproductive health program to support married adolescent girls in rural Ethiopia](#) », *African Journal of Reproductive Health*, vol. 18, n° 2 (juin 2014), p. 68-76.

⁷¹ Ipas Centroamérica, 2013, *op. cit.*

⁷² Plan International, [Sistema de teleconsulta para proteger a embarazadas en Bolivia](#), 2020.