



Conseil économique et social

Distr. générale
8 février 2012
Français
Original : anglais

Commission de la population et du développement

Quarante-cinquième session

23-27 avril 2012

Point 3 de l'ordre du jour provisoire*

Suite donnée aux recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement

Rapport du Secrétaire général sur le suivi des programmes de population, centré sur les adolescents et les jeunes

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Comme suite à la décision 2010/101 de la Commission de la population et du développement, dans laquelle celle-ci a défini comme thème spécial de sa quarante-cinquième session en 2012 « Les adolescents et les jeunes », le présent rapport donne un aperçu général des enjeux du développement qui sont associés à la santé procréative et sexuelle des jeunes, l'accent étant mis sur les besoins des jeunes filles et des jeunes femmes.

Y sont passées en revue les mesures prises par les gouvernements, les organisations non gouvernementales et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et ses partenaires aux titres suivants : créer des conditions propices à une transition sans heurt des jeunes vers l'âge adulte; investir dans les jeunes; défendre leurs droits et l'égalité des sexes; leur donner accès à l'information et aux services de santé sexuelle et procréative; encourager leur éducation et leur intégration sociale; mettre en place des mesures protectrices et des lieux sûrs pour les plus vulnérables d'entre eux, notamment en cas de situation d'urgence humanitaire; appuyer la mise en place de politiques et d'un cadre juridique qui leur permettent de participer à la définition de grandes orientations.

* E/CN.9/2012/2.



En conclusion, l'attention est attirée sur les autres mesures requises pour promouvoir et préserver la santé sexuelle et procréative des jeunes et leurs droits en matière de procréation. En effet, c'est une priorité du développement, qui ouvre la voie aux progrès vers l'accomplissement des objectifs arrêtés au plan international et à la réalisation des objectifs d'ensemble que se sont fixés les pays.

Sigles et acronymes

FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU-Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis en réponse à la décision 2010/101 de la Commission de la population et du développement (voir E/2010/25-E/CN.9/2010/9), dans laquelle celle-ci a défini « Les adolescents et les jeunes » comme thème spécial de sa quarante-cinquième session¹.

2. On dénombre aujourd'hui plus de 1,8 milliard d'individus âgés de 10 à 24 ans, qui constituent la jeune génération proportionnellement la plus importante de tous les temps. Près de 90 % d'entre eux résident dans des pays en développement, où ils constituent généralement une large part de la population – plus de 50 % en Ouganda, au Swaziland et au Zimbabwe. Dans 67 autres pays en développement, les jeunes constituent plus de 40 % de la population âgée de 10 ans et plus.

3. Ces dernières années, les pays ont fait des progrès considérables dans la formulation de politiques pour les jeunes, grâce aux directives du Programme mondial d'action pour la jeunesse. Toutefois, de nombreuses composantes de ces politiques ne sont pas assorties d'un budget spécifique et n'ont pas pour résultat l'intégration systématique des enjeux intéressant les jeunes dans les programmes nationaux.

4. Dans certaines régions, comme l'Europe centrale et orientale et l'Asie centrale, tous les enfants ou presque bénéficient de l'enseignement primaire et secondaire. Ailleurs, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, la plupart des jeunes n'ont pas accès à l'enseignement secondaire, à commencer par les filles. Les pays qui ont réussi à développer l'accès à l'enseignement primaire font aujourd'hui face à une demande de plus en plus grande d'accès à l'enseignement secondaire. Assurer un accès équitable à la scolarisation et à un enseignement de qualité reste un défi².

5. De même, le chômage des jeunes est un problème non réglé. Le secteur formel n'offre que trop peu d'ouvertures et la plupart des jeunes qui vivent dans la pauvreté sont dépourvus de l'instruction et des compétences nécessaires pour tirer parti des possibilités existantes. À la fin de 2010, on dénombrait quelque 75,1 millions de jeunes au chômage³. Environ 152 millions de jeunes employés vivent encore dans l'extrême pauvreté, qui exercent des métiers mal rémunérés et dangereux.

6. À l'image de l'ensemble de la population, les jeunes doivent être en mesure d'exercer leur droit fondamental à la santé, y compris sexuelle et procréative, mais les gouvernements ont également tout intérêt à mettre en place des politiques d'investissement dans la santé et le développement des jeunes⁴. Près des deux tiers

¹ Selon le FNUAP, les « adolescents » représentent la classe d'âge de 10 à 19 ans (première adolescence de 10 à 14 ans, seconde adolescence de 15 à 19 ans), les « jeunes » la classe d'âge de 15 à 24 ans et la « jeune génération » la classe d'âge de 10 à 24 ans. L'adolescence et la jeunesse sont des périodes de transition vers l'âge adulte, mais les individus constitutifs de la jeune génération sont extrêmement divers en termes d'âge, de sexe, de situation familiale, de niveau d'instruction, de lieu de résidence et de statut socioéconomique, entre autres facteurs.

² Pour plus de détails, voir *Recueil de données mondiales sur l'éducation 2011 : statistiques comparées sur l'éducation dans le monde*, Institut de statistique de l'UNESCO (Montréal, 2011).

³ *Les tendances mondiales de l'emploi des jeunes: édition 2011*, version actualisée, Bureau international du Travail (Genève, 2011).

⁴ *Child and Adolescent Health and Development: Progress Report 2009*, OMS (Genève, 2010).

des décès prématurés et près d'un tiers des cas de maladie chez les adultes sont dus à des situations ou à des comportements remontant à la jeunesse⁵.

7. La première étude des tendances mondiales en matière de mortalité des jeunes a révélé que 2,6 millions de jeunes gens âgés de 10 à 24 ans décédaient chaque année, pour 97 % d'entre eux dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Les complications pendant la grossesse et l'accouchement, la violence sexiste et le sida comptent parmi les premières causes de mortalité des jeunes⁶. Parmi les femmes âgées de 15 à 29 ans, dans les pays en développement, la mortalité et la morbidité maternelles représentent 16 % de l'ensemble des années de vie corrigées du facteur incapacité, c'est-à-dire la somme des années de vie potentielle perdues en raison d'un décès prématuré et des années de vie productive perdues en raison d'un handicap⁷.

8. Entre 2000 et 2009, 31 % des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans dans les pays les moins avancés ont donné naissance à un enfant avant l'âge de 18 ans⁸. Dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, les complications de la grossesse demeurent la principale cause de mortalité parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Lorsqu'elles donnent naissance à leur premier enfant, la plupart des adolescentes, qu'elles soient mariées ou non, sont mal informées, et reçoivent des soins de santé et un appui insuffisants. Parmi les principaux risques auxquels sont exposées les plus jeunes mères, on peut citer le travail prolongé, la fistule, l'infection post-partum, l'infection par le VIH et la transmission du virus de la mère à l'enfant.

9. On enregistre des taux élevés de morbidité et de mortalité parmi les adolescentes et les jeunes femmes sur lesquels sont pratiqués des avortements non médicalisés. En 2008, on estime que 3 millions de tels avortements ont été pratiqués dans des pays en développement sur des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans⁹. Du fait que nombre des grossesses d'adolescentes ne sont pas désirées, les taux d'avortement non médicalisé enregistrés parmi les jeunes femmes sont élevés, en particulier en Afrique subsaharienne, où un avortement non médicalisé sur quatre est pratiqué sur des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans¹⁰.

10. Les besoins non satisfaits en matière de contraception moderne demeurent à un niveau historiquement élevé, en particulier dans les pays en développement. Cette demande continuera de croître, car la jeune génération actuelle est en âge de procréer et nombre de ses représentants souhaiteront avoir une famille de plus petite taille que ce n'était le cas de leurs parents.

⁵ *Rapport sur le développement dans le monde : le développement et la prochaine génération*, Banque mondiale (Washington, 2006).

⁶ « Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data », Patton, George C. *et al.*, *The Lancet*, vol. 374, n° 9693 (2009).

⁷ Adolescent health programs, Lule Elizabeth *et al.*, in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2^e éd., sous la direction de Dean T. Jamison *et al.* (New York, Oxford University Press; Banque mondiale, (Washington, 2006).

⁸ *La situation des enfants dans le monde en 2011. L'adolescence : âge de toutes les opportunités*, UNICEF (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.11.XX.1).

⁹ *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*, Organisation mondiale de la Santé (Genève, 2011).

¹⁰ *Les femmes et la santé – La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*, OMS (Genève, 2009).

11. L'accès limité des jeunes à l'information et à des services de santé sexuelle et procréative de qualité et abordables est l'un des principaux facteurs qui contribuent au taux élevé de besoins non satisfaits en matière de contraceptifs. Une étude approfondie portant sur quatre pays d'Afrique subsaharienne a révélé que 60 % ou plus des adolescents des deux sexes ne savaient pas comment se prémunir contre une grossesse et qu'un tiers d'entre eux, voire davantage, ne connaissaient pas d'endroits où s'approvisionner en contraceptifs¹¹.

12. C'est parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans qu'on enregistre 41 % des nouveaux cas d'infection à VIH dénombrés dans le groupe d'âge des 15-49 ans, ce qui veut dire que chaque jour, ce sont 3 000 jeunes qui contractent l'infection¹². Les jeunes femmes sont plus vulnérables que les jeunes hommes : au Kenya, par exemple, les femmes âgées de 15 à 24 ans ont quatre fois plus de chance de contracter l'infection à VIH que les hommes du même âge¹³. Seuls 34 % des jeunes (24 % de jeunes femmes et 36 % de jeunes hommes, dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire) peuvent répondre correctement à cinq questions élémentaires au sujet du VIH et de la manière dont on peut s'en prémunir¹⁴.

13. Le mariage d'enfants est en soi une question relevant du domaine des droits de l'homme et implique souvent le déni de nombreux autres droits fondamentaux, notamment les droits à l'éducation et à la santé¹⁵. La législation de la plupart des pays prévoit un âge légal minimum pour le mariage, mais l'application des lois varie d'un pays à l'autre et il arrive souvent que la pratique traditionnelle l'emporte. Les mariages d'enfants sont encore courants, en particulier dans les pays les moins avancés, où 30 % des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans sont mariées ou vivent maritalement⁸. Si les tendances actuelles persistent, quelque 100 millions de filles seront mariées au cours de la prochaine décennie alors que ce seront encore des enfants¹⁶.

14. Dans toutes les strates économiques et partout dans le monde, les adolescentes et les jeunes femmes vivent sous la menace de la violence et des agressions sexuelles, notamment de la part d'un partenaire intime. Jusqu'à 50 % des actes de violence sexuelle sont perpétrés contre des filles âgées de moins de 16 ans. On estime que la moitié des adolescentes de la région des Caraïbes connaissent leur initiation sexuelle sous la contrainte. On enregistre aussi des taux élevés de violence contre les femmes en Amérique centrale. Des études réalisées en Afrique subsaharienne ont révélé que la violence des partenaires et la crainte de sévices

¹¹ « Les faits sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans le monde en développement », Buttmacher Institute et Fédération internationale pour la planification familiale (avril 2010). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH-FR.pdf>.

¹² *Rapport ONUSIDA 2010 sur l'épidémie mondiale de sida* (Genève, 2010).

¹³ Session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida, rapport national, National AIDS Control Council du Kenya (Nairobi, 2010).

¹⁴ « *Le sida 30 ans après : un tournant pour les nations* », ONUSIDA (Genève, 2011).

¹⁵ Sur la base de ce qu'énonce la Convention relative aux droits de l'enfant, il s'agit des droits à la vie, à la santé, à l'éducation, à la participation, à la protection contre les pratiques néfastes, et du droit d'être à l'abri des mauvais traitements et de l'exploitation. Le mariage d'enfants est une violation de l'article 16.2 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui dispose que « le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux ».

¹⁶ Centre international de recherche sur les femmes : « Child marriage facts and figures ». Disponible à l'adresse suivante : <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures>. Consulté le 26 janvier 2012.

empêchaient les filles de refuser des relations sexuelles et compromettaient l'utilisation du préservatif¹⁷. Toujours en Afrique subsaharienne, 71 % des jeunes qui vivent avec le VIH sont des femmes.

15. La mutilation (ou l'ablation) génitale féminine demeure très répandue. En Afrique, entre 100 et 140 millions de femmes et de fillettes en ont été victimes¹⁸. Bien que la proportion de femmes subissant cette pratique soit en diminution notable au Burkina Faso, en Égypte, en Érythrée, au Kenya, au Nigéria et au Sénégal, ce sont chaque année plus de 3 millions de filles dans le monde qui risquent d'en être victimes.

16. Chaque année, selon les estimations, un adolescent sur cinq connaît un problème de santé mentale ou de comportement. La violence sexiste multiplie par 3 ou 4 le risque de dépression et d'anxiété parmi les adolescents, en particulier ceux qui sont aux prises avec une situation d'urgence. Les problèmes de santé mentale entraînent souvent des comportements risqués, notamment les relations sexuelles non protégées, la toxicomanie et le refus de solliciter des soins¹⁹. Dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, l'accès aux services de santé mentale est généralement limité et les services qui répondent aux besoins des adolescents sont particulièrement inadéquats.

17. Globalement, les jeunes continuent de pâtir de la pauvreté, du chômage et du sous-emploi, leur niveau d'instruction est inadéquat, les indicateurs de santé les concernant ne sont pas bons et ils sont exposés à la violence. Les jeunes, en particulier les filles qui vivent en milieu rural et dans des familles démunies, sont exposés à des contacts sexuels non désirés et à la violence sexiste, qui peut prendre la forme de mariages forcés ou de mariages d'enfants. Ils n'ont pas accès aux services de santé sexuelle et procréative pour se protéger des grossesses, échapper à un avortement non médicalisé et se prémunir contre les infections sexuellement transmises, parmi lesquelles l'infection à VIH. Les besoins non satisfaits en matière de contraception demeurent élevés et la demande va croissant. Dans la plupart des régions du monde, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et les principales mesures pour la poursuite de son application n'ont pas encore donné les résultats attendus pour les jeunes.

II. Politiques, programmes et participation

18. La taille de la jeune génération actuelle est si importante qu'elle provoquera à elle seule une croissance notable de la population dans les prochaines décennies, et ce même si chaque jeune femme ne met au monde que deux enfants. Toutefois, la baisse de la fécondité et la réduction de la taille des familles allégeront le fardeau des soins de santé et les coûts associés à l'éducation, ce qui libérera des ressources pour les investissements. De nombreux pays d'Asie et d'Amérique latine ont déjà récolté ce type de « dividende démographique ». Pour que les pays qui ne l'ont pas encore fait le puissent, notamment en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, il leur faudra adopter des politiques appropriées et investir sans tarder dans la

¹⁷ Bureau d'information démographique : « Family Planning Saves Lives », 16 mars 2009. Disponible à l'adresse suivante : www.prb.org.

¹⁸ Estimation de l'OMS pour 2011.

¹⁹ Voir <http://sphhs.gwumc.edu/departments/globalhealth/adolescentmentalhealthroundtable>.

jeunesse. Dans le cas contraire, la pauvreté s'y enracinera pour plusieurs générations.

19. Comme le montrent l'expérience acquise et les recherches menées, les politiques qui fonctionnent sont celles qui donnent aux jeunes les moyens de faire des choix et les poussent à encourager les autres à faire de même²⁰. Une telle orientation est l'expression du respect des droits humains universels et du droit des jeunes à une part équitable des investissements consentis au niveau national. Cela va de pair avec la mise en place d'un environnement juridique et social qui crédite les jeunes de leur degré de maturité et de leur capacité de prendre des décisions et les y encourage, lève les obstacles à l'égalité des sexes, rend possible le mariage plus tardif et condamne la violence sexiste. Les politiques d'investissement dans le développement du capital humain des jeunes doivent être complétées par des stratégies intégrées de croissance et de création d'emplois et par des interventions spécifiques visant les jeunes défavorisés.

20. Les cadres de décision doivent être la traduction de la prise de conscience que la pauvreté, l'éducation, la santé sexuelle et procréative et l'égalité des sexes entretiennent des corrélations complexes et intergénérationnelles. Par exemple, la pauvreté est l'une des principales causes de l'inégalité d'accès à l'éducation, qui fait que les filles en âge d'être scolarisées dans le secondaire cumulent les désavantages. Parmi le quintile le plus pauvre des ménages, seuls 63 % des fillettes sont scolarisées dans le secondaire, contre 90 % des garçons du quintile le plus riche²¹. L'absence d'instruction des filles, combinée à leur statut économique déjà faible, réduit leur autonomie et entame leur amour-propre. Elles sont par conséquent plus exposées à un certain nombre de risques – exploitation sexuelle, infections sexuellement transmises, dont l'infection à VIH, grossesses non désirées et violence sexiste – et ont toutes chances de demeurer pauvres et désarmées et de léguer ces désavantages à leurs enfants.

21. On accorde une attention croissante aux droits et aux besoins des jeunes, mais qui ne se traduit pas toujours par des investissements effectifs. En 2010, l'examen des stratégies nationales de réduction de la pauvreté a montré que les trois quarts d'entre elles ne portaient pas du principe que les jeunes étaient un grand groupe de population victime de la pauvreté, malgré les preuves du contraire²². En outre, seules 33 % des stratégies prévoyaient la consultation des jeunes.

22. Il existe de bonnes pratiques qui sont l'illustration d'une participation constructive des jeunes. Tout au long de l'Année internationale de la jeunesse (2010/11), des jeunes se sont mobilisés dans plus de 30 pays pour que leurs droits soient inscrits au cœur du processus de développement. En Amérique latine, des jeunes ont pris la tête d'efforts déployés pour promouvoir la mise en œuvre de la Lettre de Bahia, important document régional publié à l'occasion de l'Année internationale de la jeunesse. En Afrique, des organisations qui ont à leur tête des jeunes continuent de promouvoir la ratification de la Charte africaine de la jeunesse et l'application du Plan d'action de Maputo. Au Belize, des jeunes présentent une

²⁰ « The New Population Challenge », Judith Bruce et John Bongaarts, in *A Pivotal Moment: Population, Justice, and the Environmental Challenge*, Laurie Mazur (dir.), Washington, Island Press (2009).

²¹ UNESCO, *Recueil de données mondiales sur l'éducation 2011* (voir note de bas de page 2).

²² *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*, 2^e éd., FNUAP (New York, 2010).

émission à la radio, dont le but est d'apporter des solutions aux problèmes de leurs pairs dans le pays, avec le soutien du programme de pays des Nations Unies. Au Honduras, un programme interorganisations des Nations Unies apporte son appui à l'exécution par étapes d'une politique en faveur des enfants et des jeunes, intitulé Ruta Social para un Buen Gobierno.

23. Au Viet Nam, le recensement de la population et de l'habitation réalisé en 2009 a permis d'identifier les groupes de jeunes marginalisés, sur lesquels le programme de pays des Nations Unies et la politique nationale font actuellement porter leurs efforts. Les recherches participatives menées sous la direction de jeunes ont permis de prendre en compte les points de vue de la jeune génération lors de la collecte et de l'analyse de données, par exemple en Zambie et dans la province de Bâmiyân, en Afghanistan. Pour sa part, le Myanmar a remédié à l'absence de moyens d'action des jeunes en élaborant une formation à la santé et au développement à l'intention des jeunes dirigeants. Au Nicaragua, Plan International a créé une formation à la santé sexuelle et procréative et à la gouvernance en la matière, qui donne lieu à la délivrance d'un diplôme.

24. Il est essentiel d'adopter des lois efficaces pour créer des conditions propices. Par exemple, en 2010, les 102 pays qui ont fait connaître la teneur de leurs indicateurs des progrès accomplis dans la réalisation de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida avaient adopté une législation et une réglementation sur la non-discrimination, assurant une protection aux jeunes. Toutefois, celles-ci ne suffisent pas en elles-mêmes à garantir l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et procréative, qui est limité dans la pratique. En effet, pour en bénéficier, les jeunes ont souvent besoin de l'autorisation de leurs parents, voire de leur conjoint dans le cas des femmes, et ils se heurtent alors à la désapprobation de leur famille ou du voisinage et à l'attitude négative des prestataires de services.

III. Égalité des sexes et investissement dans les adolescentes

25. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et les principales mesures pour la poursuite de son application ont souligné qu'une plus grande égalité entre filles et garçons était un droit en soi, ainsi qu'un premier pas nécessaire pour que les femmes réalisent tout leur potentiel et deviennent des partenaires du développement sur un pied d'égalité avec les hommes. Le fait d'investir dans les filles ne profite pas seulement à celles-ci, mais aussi à leur famille, à la collectivité et au pays tout entier, et ce pendant de nombreuses générations. Les adolescentes instruites et en bonne santé, qui possèdent des compétences de base, font des études plus longues, se marient plus tard, attendent avant d'avoir des enfants qui sont eux-mêmes en meilleure santé, et perçoivent des revenus plus élevés²². Le fait d'investir dans leurs droits et dans leur autonomisation accélérera l'accomplissement des objectifs de développement arrêtés au plan international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement.

26. L'Équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies pour les adolescentes, coprésidée par le FNUAP et l'UNICEF, comprend des représentants de l'Organisation internationale du Travail (OIT), de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science la culture (UNESCO), du Haut-Commissariat des

Nations Unies pour les réfugiés, d'ONU-Femmes et de l'OMS, ainsi que de plus de 20 pays. Elle constitue un tremplin pour l'action collective. Par l'entremise de l'Équipe spéciale, le système des Nations Unies promeut un modèle fondé sur les faits, qui permet de scolariser les filles et de les aider à le rester; garantit leur accès à l'information et aux services de santé, y compris sexuelle et procréative; les met en situation de prendre elles-mêmes les décisions qui engagent leur avenir tout en leur assurant une transition sans heurt vers l'âge adulte. Une attention particulière est accordée aux filles les plus marginalisées.

27. Ce modèle a été mis en pratique avec succès par le FNUAP et par le Conseil de population et ses partenaires dans le cadre du programme Berhane Hewan, en Éthiopie²³, qui a pour objectif de retarder l'âge du mariage et d'accroître la fréquentation scolaire, en encourageant l'alphabétisation fonctionnelle et l'acquisition des aptitudes pratiques fondamentales, en apportant un soutien social, notamment grâce au tutorat, et en communiquant aux jeunes filles des informations en matière de santé procréative, qu'elles soient mariées ou célibataires²³. Un programme qui répond à une démarche similaire est mis en œuvre au Guatemala : appuyé par le FNUAP et le Conseil de population, *Abriendo Oportunidades* contribue à constituer un noyau de jeunes femmes en mesure de plaider pour leurs droits dans les communautés rurales mayas. Le programme en question encourage les jeunes filles à exprimer leur point de vue sur la santé et la sécurité, et à échanger des idées propres à améliorer les services de santé. Des cartes sont alors produites qui recensent les besoins. Elles circulent dans les communautés et aboutissent à la mise sur pied de programmes de constitution de stocks à l'intention des jeunes filles.

28. Le fait de retarder l'âge du mariage est une façon de protéger les droits des fillettes, mais aussi, dans certaines circonstances, d'aider à contrebalancer l'élan démographique et à ralentir le rythme de la croissance de la population²⁰. En la matière, les interventions efficaces sont les suivantes : garder les filles scolarisées le plus longtemps possible; leur apprendre à trouver des moyens de subsistance; rechercher des solutions socioéconomiques de substitution; réexaminer certaines normes culturelles et y travailler avec les parents; plaider pour un changement de politique, et notamment pour que les lois sur le mariage d'enfants soient appliquées²³. Au Pakistan, des recherches sur les filles vulnérables menées par le FNUAP constitueront la première étape d'une initiative conjointe visant à aider les filles victimes de pratiques néfastes. Elle permettra également de déterminer s'il existe des programmes qui enseignent à ces filles comment prendre en main leur destin. Au Malawi, le travail accompli par le FNUAP avec les conseils de jeunes sur l'âge légal du mariage a donné naissance à un programme conjoint des Nations Unies destinés aux filles susceptibles d'être mariées de force avant d'avoir atteint l'âge adulte.

29. Le FNUAP et l'UNICEF collaborent pour convaincre les groupes sociaux concernés de mettre fin à la mutilation (ou ablation) génitale féminine. En quatre ans, grâce à des partenariats avec des gouvernements, des organisations non gouvernementales, des chercheurs religieux et des groupes locaux, plus de 8 000 groupes sociaux du Burkina Faso, de Djibouti, d'Égypte, d'Érythrée, d'Éthiopie, de Gambie, de Guinée, de Guinée-Bissau, du Kenya, du Mali, de Mauritanie, du

²³ *Start With a Girl: A New Agenda for Global Health*, Miriam Temin et Ruth Levine (Washington : Center for Global Development, 2009).

Sénégal et de Somalie ont abandonné cette pratique. Ces pays sont en mesure de modifier les normes sociales et les pratiques culturelles, et les groupes de population visés s'unissent alors pour protéger les droits des filles.

30. En Égypte, les Nations Unies appuient un modèle intégré qui encourage les adolescentes marginalisées au sein de leur groupe social à exercer leur citoyenneté et à s'impliquer activement au sein de ce groupe. Ishraq est un programme mis en place en Haute-Égypte, en cours de transposition à plus grande échelle, qui vise à améliorer la santé des filles non scolarisées et les possibilités qui leur sont offertes sur le plan social et éducatif. Dans le cadre du programme, des enseignants sont formés, la collaboration des parents est sollicitée, une collaboration s'instaure avec des organisations non gouvernementales et des dirigeants locaux, et des liens institutionnels sont noués avec des systèmes éducatifs formels.

31. Au Rwanda, plusieurs programmes se concentrent sur l'autonomisation des adolescentes au moyen de l'éducation à la sexualité, et en particulier à la prévention de l'infection à VIH et des grossesses non désirées. De nombreuses écoles sont équipées de toilettes réservées aux filles et approvisionnent ces dernières en fournitures hygiéniques; dans les internats, certaines pièces sont réservées aux filles. Récemment, un programme mis en œuvre à l'échelle nationale a permis de vacciner 97 % des adolescentes contre le papillomavirus humain.

32. Au Libéria, le FNUAP a dirigé une évaluation dont le but était de déterminer l'impact des programmes centrés sur les jeunes, qui a servi de référence pour la mise en place de programmes multisectoriels intégrés à leur intention. Le FNUAP a également appuyé un programme de tutorat destiné aux adolescents les plus jeunes.

33. La violence sexuelle à l'encontre des filles constitue une violation grave des droits fondamentaux, qui a des conséquences terribles pour la santé des victimes et pour leur vie sociale. On estime que quelque 150 millions de filles âgées de moins de 18 ans ont subi une forme ou une autre de violence sexuelle²⁴. Together for Girls (Ensemble, aidons les filles), partenariat public-privé qui réunit cinq organismes des Nations Unies, a pour objectif d'éliminer la violence sexuelle à l'égard des enfants, et en particulier des filles. Un appui est apporté aux programmes et aux services de prévention fondés sur l'observation qui sont destinés aux survivantes d'agressions sexuelles. De tels programmes et services ont été mis en place au Kenya, en République-Unie de Tanzanie, au Swaziland et au Zimbabwe. Tout récemment, en République-Unie de Tanzanie, une enquête nationale sur la violence à l'égard des enfants a poussé le Gouvernement à promettre d'élaborer un plan d'action national pour réduire ce type de violence et apporter un soutien aux victimes qui y ont survécu.

IV. Santé sexuelle et procréative et droits en matière de procréation

34. Dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et dans les principales mesures pour la poursuite de son application, le droit des adolescents à bénéficier des meilleures conditions possibles en matière de santé sexuelle et procréative est clairement mentionné. Cela implique

²⁴ Voir www.togetherforgirls.org (consulté le 27 janvier 2012).

de leur fournir des services bien choisis, ciblés, facilement utilisables et accessibles permettant de répondre avec efficacité à leurs besoins dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation.

35. Le Comité des droits de l'enfant et le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes ont pris acte du droit des adolescents de disposer d'informations et de services en matière de contraception²⁵. Toutefois, des obstacles demeurent, qui entraînent de nouveaux cas d'infections sexuellement transmises, dont l'infection à VIH, de grossesses non désirées et d'avortements.

36. La Convention relative aux droits de l'enfant prend acte de ce que les adolescents ont un degré de maturité voulue pour prendre des décisions qui engagent leur vie, mais de nombreux États requièrent le consentement parental pour que les adolescents aient accès à l'information et aux services en matière de contraception, ce qui peut conduire les adolescents à s'en détourner. Même quand le consentement parental n'est pas requis, il arrive que l'opprobre qui pèse sur la sexualité des adolescents tienne ceux-ci à distance et que les services leur soient refusés. Le coût des services peut également constituer un obstacle notable pour les adolescents.

37. S'il est communément admis que les adolescents ont besoin d'un ensemble complet et intégré d'informations et de services en matière de santé sexuelle et procréative, on observe de grandes disparités d'un pays à l'autre. Les exemples sont nombreux de mesures prises au plan national ou à plus petite échelle par les gouvernements et les organisations non gouvernementales pour encourager des comportements plus sûrs en matière de santé sexuelle et procréative, et instaurer à cette fin des conditions propices localement et sur le plan politique. Certains des programmes mis en œuvre le sont sous l'égide du système de santé, d'autres non; les plus efficaces sont les premiers, des mesures complémentaires étant prises dans les domaines de l'éducation, de la protection et de l'emploi. Traditionnellement, les programmes de santé sexuelle et procréative tendent à être distincts de la prévention et du traitement du VIH et du sida, et il arrive que les services de santé sexuelle et procréative à destination des adolescents soient eux aussi distincts des autres services proposés aux jeunes; mais une tendance encourageante à l'intégration des services se dégage actuellement.

38. Il existe de bons exemples de programme dans le cadre desquels sont fournis des services de santé intégrée, notamment en matière de sexualité et de procréation, qui sont axés sur les besoins et les attentes uniques des jeunes. En général, les horaires d'ouverture y sont prolongés, la confidentialité et l'intimité y sont préservées, le personnel y est formé pour travailler de manière efficace avec des adolescents et les coûts y sont réduits. Au Mozambique, Geração Biz dessert plus de 4 millions de jeunes dans les établissements scolaires et dans des centres locaux grâce à 7 000 pairs éducateurs et prestataires de santé formés pour proposer des services adaptés aux jeunes. Le programme est dirigé alternativement par les Ministères de l'éducation, de la santé et de la jeunesse, fruit d'une démarche intersectorielle.

²⁵ Pour les citations complètes, voir « The right to contraceptive information and services for women and adolescents », FNUAP et Centre pour les droits reproductifs, document d'information (New York, 2010).

39. En Afrique du Sud, l'Initiative nationale de centres médicaux adaptés aux adolescents vise à rendre les services de santé plus accessibles et plus acceptables pour les jeunes, à établir des normes et des critères nationaux pour les soins de santé dispensés aux adolescents dans des centres accrédités répartis dans l'ensemble du pays, et à développer la capacité des prestataires de soins de santé de fournir des services de qualité²⁶. En Zambie, le Ministère de la santé et ses partenaires dotent des groupes sociaux locaux des capacités nécessaires pour fournir des informations et des services de santé procréative intégrés aux jeunes, et en particulier aux jeunes filles des zones rurales.

40. En Mongolie, les centres de santé pour adolescents fournissent des informations, une éducation et des services en matière de santé procréative, tout en rendant les adolescents mieux à même de prendre des décisions relatives à leur bien-être et à leur santé. Gérés par des groupements locaux et par les services de santé provinciaux, ils assurent aussi la prévention et le traitement des infections de l'appareil génital et/ou sexuellement transmises. On encourage les adolescents à s'y rendre au moyen de messages diffusés dans les médias et dans le cadre de l'éducation à la sexualité dispensée dans les établissements scolaires.

41. En Inde, le Ministère de la santé et du bien-être de la famille administre avec ses partenaires, à tous les niveaux du système de santé national, un module de services de santé sexuelle et procréative de base à destination des adolescents, mariés ou non. Une des stratégies utilisées consiste à installer des stands pendant les foires de village afin d'engager un dialogue, non seulement avec les adolescents, mais aussi avec les adultes de leur entourage.

42. En Égypte, un programme national intégré offre aux adolescents une formation à la santé procréative, et ils sont orientés vers les divers services proposés. Une autre composante du même programme consiste à sensibiliser les groupes sociaux locaux, à lever les obstacles culturels et sociaux et à encourager les adolescents à se confier au sujet de questions délicates.

43. Dans l'État plurinational de Bolivie, le projet Mamás Jóvenes a été l'occasion d'organiser dans des centres médicaux des sessions de groupe pendant lesquelles des jeunes filles ont apporté un soutien à des adolescentes enceintes et à leur famille. Ces centres constituaient en outre des endroits sûrs où procéder à des examens prénatals et postnatals et fournir des services de planification familiale en toute confidentialité²⁷.

44. Le Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente est une initiative de six pays andins à laquelle collaborent les ministères de la santé et de l'éducation, et qui vise à empêcher les grossesses d'adolescentes. En Colombie, par exemple, on assure une formation complémentaire aux prestataires de services de santé afin qu'ils connaissent mieux les adolescents et on promeut la mobilisation sociale et la communication sous toutes ses formes pour encourager l'accès des jeunes à de tels services. La Déclaration sur la prévention des grossesses d'adolescentes dans la sous-région andine, adoptée à Medellín (Colombie) en septembre 2011, place la

²⁶ *Evolution of the National Adolescent-Friendly Health Clinic Initiative in South Africa*, Joanne Ashton, Kim Dickson et Melanie Pleaner (Genève, OMS, 2009). Disponible à l'adresse suivante : <http://whqlibdoc.who.int/publications>.

²⁷ « Adolescent reproductive and sexual health update », Department of Health and Nutrition Knowledge Series, Save the Children (Washington, 2011).

lutte contre des grossesses d'adolescentes au cœur du combat contre la pauvreté intergénérationnelle.

45. En Géorgie, le FNUAP a été le premier à mettre en place un modèle qui implique la prestation de services par le secteur privé. Dans tous les pays, des centres médicaux adaptés aux jeunes fournissent des services gratuits.

46. En Fédération de Russie, le Ministère de la santé et du développement social et l'UNICEF ont conçu une gamme facilement accessible de services de santé, sociaux, d'appui psychologique et d'information appropriés au groupe d'âge des adolescents. À ce jour, 117 centres ont été établis dans 28 régions, qui desservent environ 1,5 million de jeunes²⁸. Pour assurer la transposition de tels services à plus grande échelle, un centre de formation a été établi à l'intention des prestataires de services de santé et de services sociaux.

47. En République de Moldova, la stratégie de promotion et de préservation de la santé des jeunes s'appuie sur l'établissement de centres de santé adaptés à cette clientèle. Actuellement, le Ministère de la santé transpose ces services à plus grande échelle et les intègre dans le système de santé national.

48. En application d'une stratégie connue sous l'appellation de financement en fonction de la demande, des coupons sont remis directement aux jeunes filles qui ont besoin de services, ce qui leur permet de contourner les obstacles familiaux²³. Au Nicaragua, les jeunes filles peuvent utiliser ces coupons pour obtenir des soins de santé procréative au centre médical de leur choix. En Zambie, les prestataires de santé distribuent de tels coupons pour la contraception d'urgence²⁹.

49. Les lacunes d'une législation et d'une réglementation mal appliquées en raison d'un dispositif de contrôle inadéquat empêchent de nombreux adolescents d'avoir accès à l'information et aux services en matière de santé sexuelle et procréative. L'outil élaboré par l'OMS pour procéder à des évaluations fondées sur l'observation de la législation et des politiques nationales en matière de services de santé sexuelle et procréative inclut un module sur les obstacles auxquels se heurtent les adolescents pour accéder à de tels services. À Sri Lanka et au Tadjikistan, ceux-ci ont fait l'objet d'évaluations, ce qui a donné lieu ensuite à une réforme de la législation en vigueur.

50. Un nombre croissant de pays ont établi des normes de qualité pour les services. L'OMS les aide à définir, à harmoniser et à améliorer les modalités de la prestation de services de santé aux adolescents et à accroître la couverture de tels services, par exemple en République-Unie de Tanzanie, où le Ministère de la santé et du bien-être social a progressé sur la voie de la normalisation et de l'institutionnalisation de services adaptés aux adolescents au niveau national. Actuellement, l'accent est mis sur l'appui aux équipes de gestion de la santé et aux gérants de centres médicaux aux niveaux régional, municipal et local.

²⁸ « Youth-friendly health policies and service in the European region: sharing experiences », Valentina Baltag et Alex Mathieson (dir.), OMS (Copenhague, 2010). Disponible à l'adresse suivante : www.euro.who.int.

²⁹ « Testing alternative channels for providing emergency contraception to young women », John Skibiak; Mangala Chambeshi-Moyo et Yusuf Ahmed (juillet 2001). Disponible à l'adresse suivante : www.popcouncil.org.

51. Pour répondre aux besoins des filles en matière de santé sexuelle et procréative, il faut agir en dehors du système de santé afin de modifier les normes sociales, de créer les ressources nécessaires à l'autonomisation des filles au niveau local et de mieux capitaliser les avantages que présentent en termes de santé la scolarisation et d'autres investissements. Les médias exercent une influence notable sur les connaissances, les attitudes et les comportements des jeunes et peuvent constituer une filière pour l'éducation à la sexualité. En Afrique du Sud, la série télévisée *Soul City*, de l'avis général, a modifié les attitudes et les normes qui prévalaient s'agissant des actes de violence entre partenaires intimes et des relations dans la famille³⁰. Lorsque des lieux sûrs sont mis à la disposition des filles, elles peuvent entretenir des relations sociales avec leurs pairs; apprendre comment protéger leur santé et gérer leur argent; nouer des relations avec des tuteurs et des figures exemplaires au sein de leur groupe social. Avec ces outils, elles peuvent prendre un certain degré d'autonomie et exercer un contrôle sur leur vie³⁰. À titre d'exemple, en Éthiopie, le programme *Biruh Tesfa* offre des lieux protégés aux filles qui ont migré depuis les zones urbaines et courent le risque d'être contraintes à des relations sexuelles ou d'être exploitées sur leur lieu de travail. Plus de 35 000 filles ont participé aux activités de groupes constitués dans le cadre du programme, dans les zones les plus pauvres de 17 grandes villes³¹.

52. Au Népal, un nouveau projet propose des lieux de rencontre sûrs où les jeunes filles et leurs parents peuvent participer à des ateliers, à des forums de discussion et à des jeux de rôle. Ce programme bénéficie du concours des dirigeants locaux, d'enseignants et de pairs, et aide les antennes médicales locales à fournir aux adolescents des services qui leur sont adaptés²⁷.

V. Le VIH et les jeunes

53. En 2001, lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida, les États Membres ont adopté à l'unanimité la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Cinq ans plus tard, en 2006, cet engagement a été renouvelé avec la Déclaration politique sur le VIH/sida (résolution 60/262 de l'Assemblée générale, annexe). Les États Membres sont convenus de s'attaquer à la question des taux d'infection de plus en plus élevés observés chez les jeunes afin de faire en sorte que la génération future soit exempte de VIH, en mettant en œuvre à cet effet des programmes de prévention intégrés et fondés sur les faits, qui encouragent un comportement sexuel responsable, y compris l'utilisation de préservatifs; en proposant une éducation sur le VIH fondée sur les compétences et sur des témoignages, qui fasse intervenir les médias, les établissements scolaires et d'autres instances; en dispensant des services de santé sexuelle et procréative adaptés aux besoins des jeunes, y compris en matière de VIH.

³⁰ « The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence », Ilene Speizer, Robert Magnani et Charlotte Colvin, *Journal of Adolescent Health*, vol. 33 n° 5 (novembre 2003).

³¹ Voir www.popcouncil.org/projects/41_BiruhTesfaSafeSpaces.asp.

54. La courbe de la propagation de la maladie à l'échelle mondiale s'est infléchie parmi les jeunes : selon le rapport d'ONUSIDA publié à l'occasion de la Journée mondiale de la lutte contre le sida de 2011³², on a enregistré un déclin de la prévalence du VIH parmi les jeunes dans 21 au moins des 24 pays où le taux de prévalence nationale du VIH était de 1 % ou plus. Ce déclin du nombre de nouveaux cas d'infection est stimulé par des changements de comportement (les jeunes attendent plus longtemps pour devenir actifs sexuellement, choisissent d'avoir moins de partenaires et utilisent des préservatifs) et par l'amélioration de l'accès aux traitements.

55. Dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 (résolution 65/277 de l'Assemblée générale, annexe), les États Membres ont de nouveau promis d'œuvrer pour réduire de 50 %, à l'échéance 2015, le taux de transmission du VIH par voie sexuelle parmi les jeunes. Pour ce faire, ils se sont mis d'accord sur trois objectifs audacieux : doter au moins 80 % des jeunes, scolarisés ou non, de connaissances détaillées au sujet du VIH; doubler le taux d'utilisation des préservatifs parmi les jeunes; doubler le nombre des services proposant un dépistage du VIH et des conseils relatifs au virus.

56. Un récent rapport sur les dépenses consacrées au sida par les États³³ a révélé qu'elles ciblaient en particulier trois catégories de jeunes : scolarisés; non scolarisés; orphelins et autres enfants vulnérables. Dans 151 pays sur 172, les stratégies nationales multisectorielles visant à lutter contre le VIH incluent des mesures centrées sur les jeunes. Quelques pays ont fourni des informations détaillées sur la situation du VIH parmi les jeunes et sur les programmes qui leur sont destinés. Sur les 90 plans examinés par ONUSIDA, 73 mentionnaient des programmes et des activités pour les jeunes, mais seuls 34 en fournissaient le détail.

57. Une étude portant sur les jeunes séropositifs qui sont traités au moyen d'une thérapie antirétrovirale au Kenya et en Ouganda a révélé que la plupart étaient sexuellement actifs mais que peu d'entre eux utilisaient des contraceptifs, ce qui donnait lieu à un taux élevé de grossesses non désirées. Même parmi les jeunes femmes enceintes recevant la thérapie, le taux d'utilisation de services de santé maternelle était faible, notamment au titre de la prévention de la transmission verticale³⁴.

58. De nombreux jeunes gens n'ont qu'un accès limité, voire aucun accès, aux programmes de prévention du VIH. Les restrictions d'ordre juridique, la structure des services, la résistance des groupes sociaux et les coutumes locales constituent des obstacles insurmontables. Dans les pays les plus gravement touchés, rares sont les jeunes qui ont accès à des services de dépistage et de conseil. Dans tous les pays, à l'exception de la Namibie, moins de 20 % des jeunes ont subi un dépistage et reçu des conseils l'an passé.

59. On estime que 10 milliards de préservatifs masculins sont nécessaires chaque année pour assurer une protection dans le cadre de l'ensemble des actes sexuels

³² *Rapport d'ONUSIDA sur la Journée mondiale du sida 2011 : Atteindre l'objectif zéro – une riposte plus rapide, plus intelligente, plus efficace* (Genève, 2011).

³³ *Assurer l'avenir aujourd'hui – Synthèse des informations stratégiques sur le VIH et les jeunes*, ONUSIDA (Genève, 2011).

³⁴ « Sexual and reproductive health needs of adolescents perinatally infected with HIV in Uganda », Harriet Birungi *et al.*, juillet 2008. Disponible à l'adresse suivante : www.popcouncil.org.

présentant un risque. Pourtant, en 2010, en Afrique subsaharienne, chaque adulte de sexe masculin en âge de procréer n'a eu à sa disposition que neuf de ces préservatifs. La même année, à l'échelle mondiale, seule une femme sur 50 a reçu un préservatif féminin – en Afrique subsaharienne, une femme sur 13 en âge de procréer. Les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire dépendent fortement de la communauté des donateurs, principalement le FNUAP et l'United States Agency for International Development, or elle a fourni 3,2 milliards de préservatifs masculins aux pays en développement en 2007, mais seulement 2,8 milliards en 2010³⁵.

60. Depuis 2000, les efforts de prévention se multiplient au Zimbabwe, même s'ils continuent de pâtir d'un financement insuffisant en comparaison d'autres pays de la région. L'éducation très complète que reçoivent les jeunes en matière de prévention du VIH fait qu'ils possèdent des connaissances approfondies à ce sujet et qu'on enregistre parmi eux une augmentation de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins et un déclin substantiel du nombre des partenaires sexuels non réguliers ou occasionnels³⁶.

61. En Ouganda, où le taux de prévalence du sida est de 4,9 % parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans, la Commission du sida a impliqué les jeunes dans la formulation du plan stratégique national sur le VIH/sida. Ce plan met l'accent sur la prévention du VIH parmi les individus vulnérables et ceux qui sont le plus exposés. Il est prévu que les services spécialisés dans le VIH et les services de santé procréative soient intégrés au plan national.

62. En Indonésie, plusieurs programmes destinés aux jeunes les plus exposés ont été couronnés de succès grâce à des partenariats avec des organisations non gouvernementales et à la prestation de services vitaux dans les domaines de l'éducation et de la santé, prenant la forme d'activités spécifiquement conçues en fonction des caractéristiques et des besoins de la population ciblée.

63. En République islamique d'Iran, le Gouvernement exécute en partenariat avec l'UNICEF un projet pilote qui vise à donner aux jeunes les moyens de se prémunir contre le VIH. Ils reçoivent information, éducation et conseils dans des centres médicaux et des antennes locales qui les orientent, le cas échéant, vers des structures plus appropriées; des modèles d'intervention efficaces seront conçus. Sur la base de l'expérience acquise et des leçons retenues, le programme évoluera de sorte que les enfants, les jeunes et les femmes exposés à des risques utilisent davantage les services proposés. Les services de prévention du VIH adaptés aux adolescents seront intégrés au nouveau plan stratégique national.

VI. Une éducation à la sexualité exhaustive

64. Dans le droit fil du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et des principales mesures pour la poursuite de son application, le FNUAP, entre autres organismes des Nations Unies, aide les pays à

³⁵ Pour plus d'information sur la programmation intégrée pour la promotion du préservatif, voir www.unfpa.org.

³⁶ « HIV decline in Zimbabwe due to declines in risky sex? Evidence from a comprehensive epidemiological review », Simon Gregson *et al.*, *International Journal of Epidemiology*, vol. 39, 2010.

fournir des informations différenciées selon l'âge au sujet de la sexualité et de la santé procréative, d'une manière adaptée au degré de maturité des jeunes et aux droits et responsabilités des parents. L'éducation à la sexualité inclut des modules qui incitent les jeunes à réfléchir à leurs attitudes et à leurs valeurs et leur permettent de s'entraîner à prendre des décisions, à communiquer et à se préparer à la vie active, toutes compétences nécessaires pour effectuer des choix en connaissance de cause quant à leur vie sexuelle et procréative. Des recherches approfondies ont montré que l'éducation à la sexualité exhaustive n'aboutissait pas à un accroissement des comportements à risque parmi les adolescents, pas plus qu'elle n'encourageait une activité sexuelle précoce³⁷. Dans la mesure où ce type de programme fournit aux adolescents des informations complètes et correctes, il réfute les mythes, clarifie les valeurs et renforce les attitudes positives.

65. La coopération et l'appui des parents, des familles et des dirigeants et autres acteurs locaux doit être sollicité dès la mise en place des programmes. Les ministères de l'éducation jouent un rôle essentiel, car c'est à eux qu'il appartient de faire émerger un consensus sur la nécessité de l'éducation à la sexualité, grâce à des consultations et à des activités de sensibilisation menées auprès des principales parties prenantes, notamment les jeunes, les parents, les décideurs et les hommes politiques.

66. Des recherches et des directives techniques internationales ayant reçu l'appui de l'UNESCO, d'ONUSIDA, du FNUAP, de l'UNICEF et de l'OMS exposent les caractéristiques des programmes efficaces et confirment l'importance que revêt une éducation à la sexualité exhaustive, qui traite des normes en matière de rapports entre hommes et femmes et de sexualité³⁷. Un rapport de force inégal dans les relations intimes est associé à une initiation sexuelle précoce, à un nombre plus important de partenaires sexuels, à une fréquence accrue des rapports sexuels non protégés, à de faibles taux d'utilisation du préservatif et des contraceptifs, et à une incidence plus élevée du VIH. De plus en plus souvent, les programmes d'éducation traitent du comportement masculin, de la coercition imposée et de la violence exercée par les hommes, mais ils doivent aussi prendre en compte les causes profondes à l'origine de tels comportements.

67. En dépit du soutien accru que reçoit l'éducation à la sexualité exhaustive dans le secondaire, elle n'est en général dispensée qu'aux plus âgés des enfants scolarisés et rares sont les programmes destinés aux enfants qui ne le sont pas. Dans certains districts pilotes d'Indonésie, l'éducation à la sexualité est désormais dispensée dans les premières années du secondaire, intégrée à l'enseignement de matières existantes ou en tant que matière à part entière. Le Ministère de l'éducation et de la culture, l'Association de planification familiale d'Indonésie et le FNUAP collaborent avec les enseignants et les jeunes à l'élaboration de directives et d'outils pertinents pour que cet enseignement soit adapté aux situations locales. Le FNUAP collabore avec le Ministère de l'éducation et de la culture en vue de l'incorporation de l'éducation à la sexualité dans le système éducatif national.

68. À partir de 1998, le Gouvernement mongol s'est attelé à l'instauration de l'éducation à la sexualité de la troisième à la dixième années de la scolarité. Avec

³⁷ *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*, document ED-2009/WS/36 Rev.3. Disponible à l'adresse suivante : <http://unesdoc.unesco.org/>.

l'appui du FNUAP et l'assistance technique du Centre Margaret Sanger, des experts nationaux ont été formés à l'élaboration d'un programme d'éducation à la sexualité, qui a été progressivement mis en place dans l'ensemble du pays en 2004.

69. En Géorgie, le FNUAP agit en partenariat avec le Gouvernement et des organisations non gouvernementales pour encourager l'éducation des jeunes par leurs pairs dans des camps de vacances. Depuis 2006, ce sont plus de 39 500 jeunes qui ont assisté à des sessions interactives dirigées par des pairs éducateurs formés à cet effet, consacrées à la santé sexuelle et procréative et aux droits en matière de procréation, à la prévention du VIH et à l'égalité des sexes, et qui enseignent les bases d'un style de vie sain.

70. Au Togo, l'Association togolaise pour le bien-être familial promeut l'éducation à la sexualité dans le cadre de programmes de radio et de télévision, de tables rondes, de journées de réflexion en présence de dirigeants religieux, d'ateliers pour les jeunes et de réunions avec les autorités locales, en partenariat avec l'Agence danoise de développement international (DANIDA) et avec le Gouvernement. L'Association a également constitué une coalition d'organisations non gouvernementales nationales et d'associations locales, qui a produit un nouveau programme pour les maternelles et les établissements du primaire, ainsi qu'un manuel et un module d'auto-apprentissage pour les enseignants.

71. En 2005, la Colombie a expérimenté une approche exhaustive de l'éducation à la sexualité. Avec l'assistance technique du FNUAP, le Ministère de l'éducation a transposé le programme au niveau national, avec le concours du secteur de la santé, des universités et d'organisations non gouvernementales. En novembre 2010, le Ministère a lancé un nouveau plan quadriennal qui fait de l'éducation à la sexualité et de l'éducation civique deux priorités. De son côté, l'Argentine met également en œuvre une initiative nationale en matière d'éducation à la sexualité.

72. Au Brésil, Promundo a conçu des campagnes et des programmes novateurs pour lutter contre les stéréotypes sexistes et préparer une entrée de plus en plus précoce dans la vie sociale, mais aussi promouvoir des relations plus saines et plus équitables entre les jeunes des deux sexes. Ce programme a été adapté à d'autres pays, notamment l'Inde et le Mexique.

73. Au Nigéria, le programme national d'éducation à la vie familiale et au VIH et sida a élargi l'accès des jeunes à l'éducation à la sexualité. C'est le fruit d'un partenariat entre le Gouvernement et des organisations non gouvernementales. Une version électronique du programme est désormais consultable par les parents, les enseignants et les jeunes²³. De son côté, Girls' Power Initiative, organisation non gouvernementale partenaire, met aussi en œuvre des programmes de vulgarisation à l'intention des filles.

74. En Égypte, l'éducation à la sexualité est assurée principalement par les pairs, tant en milieu scolaire qu'à l'extérieur. Le FNUAP collabore avec le Conseil national pour l'enfance et la maternité et à un programme d'éducation par les pairs dans 14 districts, destiné à des jeunes non scolarisés. En outre, le FNUAP collabore avec un centre religieux prestigieux à la production d'un guide sur des thèmes liés à la santé procréative et destiné aux dirigeants religieux, qui traite de sujets tels que la mutilation génitale féminine et la contraception.

VII. Situations de crise humanitaire

75. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et les principales mesures pour la poursuite de son application ont pris acte de la situation des réfugiés et des personnes déplacées et souligné la nécessité d'assurer aux réfugiés une protection et une assistance effectives, en se préoccupant tout particulièrement des besoins des femmes et des enfants réfugiés et de leur sécurité physique. Les conflits et les catastrophes perturbent les structures familiales et sociales et ont des conséquences très dommageables sur les conditions sanitaires et de sécurité dans lesquelles les jeunes se développent. Dans les situations de crise humanitaire, les jeunes sont exposés aux risques suivants : grossesse non désirée; transmission d'infections, dont l'infection à VIH, par voie sexuelle; avortement non médicalisé; viol, ou encore exploitation et sévices sexuels, une réalité dont le Conseil de sécurité a pris acte dans plusieurs de ses résolutions sur la violence sexuelle.

76. Un appui politique et des efforts concertés sont nécessaires pour donner aux jeunes les moyens de se défendre, promouvoir leur participation et leur permettre d'exercer des responsabilités dans les situations de conflit et d'après conflit. Avec l'appui du FNUAP, les pays sont de plus en plus nombreux à incorporer les besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et procréative dans leurs plans nationaux de préparation aux situations d'urgence.

77. Le FNUAP et l'Alliance internationale Save the Children ont conçu Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings³⁸, manuel de santé sexuelle et procréative destinée aux adolescents vivant dans des situations de crise humanitaire, qui comporte un certain nombre d'outils faciles à utiliser et qui permettent d'effectuer les interventions prioritaires en matière de santé sexuelle et procréative; d'évaluer les besoins des adolescents; de favoriser la participation des groupes sociaux locaux et des parents; de recenser, dans les programmes de santé existants, les possibilités d'y inclure la santé sexuelle et procréative des adolescents. Le manuel contient également un certain nombre d'outils destinés à rendre les prestataires de services plus efficaces auprès des adolescents, que ce soit en milieu clinique ou sur le plan local³⁹.

78. Avec la Commission des femmes pour les réfugiés, le FNUAP a apporté son concours à la production d'une vidéo intitulée *Youth Zones: Voices from Emergencies*⁴⁰. Les projections ont attiré l'attention des décideurs, des donateurs et des responsables de programme sur les problèmes auxquels les jeunes doivent faire face dans les situations d'urgence, mais aussi sur leurs moyens d'action.

79. Le FNUAP et le PNUD⁴¹ collaborent étroitement avec l'ONU et d'autres partenaires pour prévenir l'infection à VIH et lutter contre la violence sexiste parmi les combattantes et les jeunes filles associées aux forces et aux groupes armés. Des programmes de ce type sont mis en œuvre avec succès aux Comores, en Côte d'Ivoire, en Indonésie, au Népal et au Soudan.

³⁸ Voir www.unfpa.org/public/global/publications.

³⁹ Voir www.rhrc.org/resources/arh/player.html.

⁴⁰ Voir www.youthzones.org.

⁴¹ Le FNUAP et le PNUD coprésident le sous-groupe sur l'égalité des sexes, le VIH et le désarmement, la démobilisation et la réintégration du Groupe de travail interinstitutions sur le désarmement, la démobilisation et la réintégration.

80. En Haïti, après le séisme de 2010, des jeunes ont mené des analyses rapides des besoins suscités par la catastrophe, en se rendant notamment dans les camps pour y repérer les femmes enceintes et leur fournir un supplément de denrées alimentaires. Ces jeunes ont également fait en sorte que des préservatifs soient accessibles et ont animé des sessions de sensibilisation au VIH/sida.

81. En réponse aux récents événements survenus en Égypte, le FNUAP a constitué une équipe spéciale interorganisations avec pour mission de coordonner l'action et les initiatives centrées sur les jeunes. Cette équipe spéciale propose aux jeunes de diffuser des informations, de coordonner des activités et de s'impliquer dans la prise de décisions relatives aux politiques et aux programmes, sur une base volontaire.

VIII. Principaux partenariats et réseaux

82. Les jeunes ont le droit de participer aux programmes qui ont des répercussions sur leur vie et, avec une formation et une aide, ils peuvent devenir de persuasifs avocats d'un changement positif. Les possibilités offertes aux jeunes de participer sont importantes, tant pour leur développement personnel qu'aux fins de la stabilité sociale, politique et économique de la société dans son ensemble. L'expérience de la citoyenneté et de la participation au plan local acquises par les jeunes détermine en partie l'étendue et la nature de leur participation à la vie civile tout au long de leur existence.

83. Les gouvernements et l'ONU œuvrent en partenariat avec des organisations dirigées par des jeunes pour favoriser l'engagement et la participation de ces derniers. Le programme Réseau électronique d'information pour l'éducation des jeunes par leurs pairs est le fruit de cette participation des jeunes. Les réseaux en question assurent la promotion de la santé sexuelle et procréative, et conseils et informations sont dispensés par des pairs dans l'ensemble des États arabes et de l'Europe orientale. Le programme vise à donner aux jeunes les moyens de militer et d'agir en tant qu'éducateurs au sein de leurs groupes sociaux respectifs, les impliquant ainsi directement dans les programmes afin d'accroître les connaissances de la jeune génération s'agissant des enjeux liés à la santé sexuelle et procréative. Dans les territoires palestiniens occupés, le Réseau, qui bénéficie du soutien du Ministère des affaires sociales, s'adresse aussi aux groupes de jeunes défavorisés. Plus de 300 pairs éducateurs ont été formés, dont une centaine à Gaza. Ce concept est actuellement développé et adopté par d'autres organisations non gouvernementales de jeunes.

84. Au Népal, le FNUAP et Restless Development coprésident le groupe de travail interorganisations sur la jeunesse et collaborent étroitement avec le Gouvernement en matière de politiques pour les jeunes. En Amérique latine et dans les États arabes, plusieurs groupes de travail des Nations Unies coopèrent de près avec des organisations dirigées par des jeunes au niveau régional. Au niveau mondial, l'Équipe spéciale interinstitutions sur le VIH et les jeunes d'ONUSIDA, coprésidée par le FNUAP et l'UNICEF, compte parmi ses membres des représentants d'organisations dirigées par des jeunes, exemple de bonne pratique dans le cadre d'un partenariat entre jeunes et adultes. Le Réseau interorganisations des Nations Unies pour le développement des jeunes réunit plus de 30 entités du système et coopère étroitement avec des organisations de jeunes. L'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies sur les adolescentes plaide pour que davantage

d'investissements soient consentis dans l'éducation et la santé, aux fins du respect des droits et du développement des jeunes filles, ce qui s'inscrit dans le cadre d'une stratégie essentielle qui vise à briser le cycle de pauvreté intergénérationnel.

85. À tous les niveaux, les organisations de jeunes travaillent en partenariat à l'élaboration de priorités et de mesures conjointes. En Afghanistan, l'Association Youth in Action aide les organisations de jeunes de l'ensemble du pays à élaborer des messages et des stratégies de sensibilisation communes. Au cours de l'Année internationale de la jeunesse, une coalition d'organisations de jeunes, en partenariat avec le FNUAP, a élaboré une stratégie de sensibilisation et de communication qui a donné lieu à la production par des journalistes spécialisés dans la jeunesse de blogues sur la participation des jeunes à la prise de décisions, à des concours d'arts graphiques sur la prévention du VIH, et à l'organisation d'ateliers et d'activités de formation, notamment une campagne sur le thème « 10 jours d'activisme ».

86. La Coalition pour les adolescentes réunit des représentants de plus de 30 organisations internationales. En 2011, l'Initiative mondiale Clinton a continué d'encourager le débat sur les investissements et les solutions dont il serait possible de faire bénéficier les jeunes filles, et les Sages ont lancé Filles, pas épouses, partenariat mondial d'organisations non gouvernementales qui a pour buts de mettre fin au mariage d'enfants, d'apporter un soutien aux filles mariées et d'attirer davantage l'attention sur ce problème négligé.

87. De nombreux partenariats et réseaux mondiaux défendent les droits des jeunes et leur accès aux services de santé sexuelle et procréative. La Fédération internationale pour la planification familiale a mis en place un mouvement mondial de la jeunesse en faveur de la santé sexuelle et procréative et a renforcé les moyens de ses 170 associations membres en termes de prestation de services. Le Groupe de travail interorganisations pour la jeunesse coordonné par Family Health International est un réseau d'organisations qui visent à améliorer la santé sexuelle et procréative des jeunes dans les pays en développement. Le FNUAP mobilise aussi des réseaux dirigés par les jeunes et des partenariats entre jeunes et adultes afin de promouvoir le programme pour les jeunes de la Conférence internationale sur la population et le développement aux niveaux national, régional et international.

IX. Les défis qui subsistent et la voie à suivre

88. Les pays progressent vers l'accomplissement des engagements qu'ils ont pris dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et les principales mesures pour la poursuite de son application, ainsi qu'au titre des objectifs du Millénaire pour le développement. Toutefois, même s'il apparaît clairement que les jeunes jouent un rôle important dans les politiques de développement de leurs pays, les investissements dans la jeunesse demeurent insuffisants²². Il est nécessaire d'agir sans tarder pour protéger, promouvoir et honorer les droits fondamentaux des jeunes, en particulier le droit à la santé sexuelle et procréative.

89. Les plans directeurs doivent être multisectoriels et reposer sur le concours de l'ensemble des ministères, institutions nationales, donateurs et parties prenantes concernés, afin qu'il soit possible d'instaurer une approche intégrée des enjeux intéressant les jeunes, notamment la santé, l'éducation, l'emploi, l'intégration

sociale et les stratégies axées sur des moyens d'existence viables (voir résolutions 50/81, annexe, par. 113 et 114; et 65/312, par. 9, de l'Assemblée générale).

90. La santé sexuelle et procréative des jeunes devrait figurer parmi les priorités en matière de développement, être considérée comme un droit humain, et donner lieu à l'établissement de budgets appropriés. En la matière, la législation, le cadre de défense des droits et les plans directeurs demeurent insuffisants; quant aux services proposés, ils restent inadéquats. Les systèmes en place, qui engendrent certaines attitudes et pratiques sociales, constituent encore des obstacles à l'autonomisation des femmes, à l'égalité des sexes et à l'accès des jeunes à la santé sexuelle et procréative.

91. Ces nombreux obstacles compromettent l'accès à une gamme intégrée de services de santé sexuelle et procréative et de lutte contre le VIH, en particulier à l'intention des groupes vulnérables. Il peut s'agir de problèmes d'ordre juridique ou politique, des conséquences de l'opprobre et de la discrimination, ou de facteurs sociaux et culturels. Il est vital d'élargir la portée des principales interventions, notamment en modifiant les normes sociales et la législation existantes. Il est possible de réformer l'environnement juridique et social actuel, qui démultiplie la vulnérabilité et la marginalisation, avec pour conséquence la poursuite de l'apparition de nouveaux cas d'infection à VIH.

92. Les difficultés d'ordre pratique auxquels se heurtent les jeunes sont l'inaccessibilité de services qui ne sont conçus à leur intention et ne respectent pas les normes de qualité, d'intimité, de confidentialité, pas plus qu'ils ne sollicitent de la part des intéressés leur consentement en connaissance de cause. Certains pays, qui souhaitent réformer les services de santé sexuelle et procréative destinés aux adolescents parce qu'ils sont coupés des autres services de santé ont du mal à transposer à plus grande échelle des initiatives intégrées. Beaucoup de services ne sont pas accueillants pour les jeunes. En dépit de la formation qu'ils reçoivent, nombre de prestataires de services de santé continuent de porter des jugements de valeur sur les adolescents et ne sont pas dotés des compétences nécessaires pour dispenser des services avec la délicatesse et dans la confidentialité voulues. Le plus souvent, les services qu'ils proposent sont destinés aux femmes adultes qui ont des enfants, et les prestataires ne cherchent pas à attirer les plus jeunes, notamment les mères qui viennent de mettre au monde leur premier enfant et les adolescentes mariées sans enfant. Il arrive aussi que la législation et les politiques en vigueur restreignent les services mis à disposition des adolescentes non mariées.

93. Les politiques de santé, ainsi que les services de prestation et le financement des services de santé, doivent garantir l'accès des jeunes, mariés ou non, à une gamme complète et appropriée d'informations et de services de santé sexuelle et procréative. Celle-ci doit inclure l'information et les services en matière de contraception, notamment la fourniture de contraceptifs masculins et féminins pour prévenir les grossesses et l'infection à VIH; les soins pendant la grossesse et l'accouchement; des services d'avortements médicalisés lorsqu'ils sont autorisés par la loi; l'accès, quelles que soient les circonstances, à des services de qualité pour la gestion des complications résultant d'un avortement; conseils, éducation et planification familiale à la suite d'un avortement; dépistage, conseils et traitement antirétroviral à ceux qui en font la demande; prévention et traitement des infections sexuellement transmises; informations et conseils en matière de santé sexuelle et procréative; recensement des actes de violence sexiste et services aux victimes.

94. Les responsables de tous les services existants devraient s'efforcer d'en faire bénéficier les individus les plus marginalisés, les personnes handicapées et les jeunes avec lesquels il est difficile d'établir des contacts, en particulier les jeunes filles. Il est nécessaire d'améliorer la coordination entre système de santé et système éducatif, ainsi que les procédures d'orientation vers des structures spécialisées, afin de fournir un appui plus intégré aux jeunes.

95. Les filles et les jeunes femmes, mariées ou non, ont besoin d'être protégées contre toutes les formes de violence, de sévices et d'exploitation sexistes, et notamment contre les relations sexuelles non désirées qui résultent de la coercition. Il est nécessaire de mettre en place des programmes qui renforcent les capacités des jeunes de se protéger. Ceux qui sont victimes d'actes de violence devraient avoir accès rapidement à une protection, aux services requis et à la justice. Le mariage d'enfants, atteinte aux droits fondamentaux, demeure un grave problème de santé publique, mais aussi social, en particulier dans les groupes de population pauvres des zones rurales.

96. Les filles non scolarisées, en particulier, doivent pouvoir se rendre dans des lieux sûrs pour renforcer leurs connaissances en matière de santé et leurs compétences de base, mais aussi pour développer leurs réseaux sociaux. Dans de tels lieux, elles doivent être en mesure de rattraper leur retard scolaire et d'accéder à des services. Les programmes proposés doivent aussi répondre aux besoins des garçons et des jeunes hommes, afin de promouvoir parmi eux les concepts d'égalité des sexes et de respect mutuel, et de les mettre au contact de figures exemplaires appropriées.

97. Il faut adopter des politiques assurant la promotion d'une éducation à la sexualité des jeunes, scolarisés ou non, qui soit exhaustive, tienne compte des différences entre les sexes, soit appropriée en fonction de l'âge, et qui inclue une formation aux compétences nécessaires dans la vie courante, dans le respect des normes internationales en la matière. Les responsables de programme doivent prendre acte du degré de maturité des jeunes et de leur capacité de prendre des décisions en fonction de leur âge. Il faut accorder une attention spécifique aux besoins des adolescents les plus marginalisés et les plus exposés, notamment ceux qui font partie de populations de réfugiés et de personnes déplacées. Les jeunes qui vivent avec le VIH doivent être mis à contribution de manière à faire en sorte que les politiques et programmes exécutés répondent à leurs besoins et à leurs préoccupations en matière de santé sexuelle et procréative, et luttent contre l'opprobre et la discrimination dont ils font l'objet.

98. Les gouvernements doivent garantir la participation des jeunes, en particulier les plus marginalisés d'entre eux, à l'élaboration et à l'exécution de politiques qui défendent leurs droits fondamentaux et affirment le rôle des jeunes en tant qu'agents du progrès social et de la consolidation de la paix. Ils doivent également prendre systématiquement en compte les besoins et les points de vue des jeunes dans le cadre des activités menées à la suite d'un conflit, aux fins de la consolidation de la paix, ou à la suite d'une catastrophe et pendant le relèvement, et ce dans tous les secteurs.

99. Les nouvelles technologies doivent être mises à profit pour améliorer l'accès à l'éducation, promouvoir l'implication des jeunes dans la gouvernance et faire en sorte que les investissements bénéficient aux jeunes marginalisés, en particulier les adolescentes. Il faut consentir des efforts spécifiques en faveur des jeunes qui sont

déplacés à l'intérieur de leur propre pays ou réfugiés dans un pays tiers, de même que pour ceux qui se trouvent dans des situations humanitaires difficiles.

100. Il est essentiel d'investir dans la collecte de données, la production de connaissances et le développement de capacités en ce qui concerne la jeunesse. Les stratégies politiques doivent encourager la recherche et la production systématique de données sur les jeunes, et en particulier sur les plus jeunes (âgés de 10 à 14 ans). Il faut faire en sorte que les données recueillies et analysées correspondent aux priorités des adolescents et des jeunes, soient ventilées par âge et par sexe et soient utilisées pour enrichir la compréhension des enjeux associés aux jeunes, nourrir les débats d'orientation et les interventions concrètes, et valoriser les données probantes qui font apparaître combien il est important d'investir dans la jeunesse.
