



***Journée mondiale de la contraception 2022 : une analyse du  
Dr Elsie Akwara et du Dr Venkatraman Chandra-Mouli sur la  
situation des adolescent.e.s dans le monde***

**Nous nous penchons sur les problèmes qui  
se sont posés dans le monde lors de la  
distribution de boissons et de boissons  
gazeuses aux jeunes, et sur les énormes  
défis qui en découlent**

De Dr Elsie Akwara et et Dr Venkatraman Chandra-Mouli

*À l'échelle mondiale, le taux de natalité chez les adolescentes (TNA) a diminué, passant de 64,5 naissances pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans en 2000 à 42,5 naissances pour 1000 femmes en 2021 (1 – Département des affaires économiques et sociales (DAES) des Nations Unies, 2021). Toutefois, les taux de variation ont été inégaux d'une région à l'autre, la baisse la plus marquée ayant été enregistrée en Asie du Sud, et la plus lente dans la région Amérique latine et Caraïbes (ALC) ainsi qu'en Afrique subsaharienne. Bien que l'on ait constaté des reculs dans toutes les régions, l'Afrique subsaharienne et la région ALC continuent d'enregistrer les taux les plus élevés au monde, avec respectivement 101 et 53,2 naissances pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans en 2021 (1 – DAES des Nations Unies, 2021).*



Photo: © Ogilvie Design Limited

## **À l'échelle mondiale, les taux de grossesses et d'accouchements chez les adolescentes ont diminué, mais les progrès ont été lents et inégaux**

Les niveaux varient également énormément d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. Dans la région ALC, par exemple, on estimait le TNA pour le Nicaragua en 2021 à 85,6 pour 1000 jeunes filles, contre 24,1 au Chili la même année (1 – DAES de l'ONU, 2021). Même au sein des pays, il existe d'énormes variations. En Zambie, par exemple, le pourcentage d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant commencé à procréer (femmes ayant accouché ou enceintes au moment de l'entretien) allait de 14,9 % à Lusaka à 42,5 % dans la province méridionale en 2018 (2 – ministère de la Santé de Zambie et ICF, 2018). En Philippines proportion allait, en 2017, de 3,5 % dans la Région administrative de la Cordillère à 17,9 % dans la région de la péninsule de Davao (3 - Philippines National Demographic and Health Survey, 2017).

## **À l'échelle mondiale, le nombre de mariages d'enfants a diminué et le recours à la contraception a augmenté chez les adolescents.**

À l'échelle mondiale, le nombre de mariages d'enfants a diminué et l'utilisation de contraceptifs par les adolescents a augmenté, ce qui a contribué à réduire le nombre de grossesses et d'accouchements chez les adolescentes. Toutefois, les progrès ont été lents et inégaux.

Les mariages d'enfants exposent les filles à un risque accru de grossesse parce que, mariées précocement, elles ne jouissent généralement que d'une autonomie limitée pour influencer sur la décision de retarder la maternité et d'utiliser des contraceptifs. Les niveaux d'utilisation de contraceptifs chez les adolescents sont inférieurs à ceux des adultes, tant au sein du mariage ou d'une union qu'en dehors, en raison d'obstacles les empêchant de se procurer et d'utiliser des contraceptifs (4- Petroni et al., 2017 ; 5 – UNICEF, 2021).

La diminution du nombre de mariages d'enfants et l'augmentation du recours à la contraception moderne par les adolescents ont contribué à réduire le nombre de grossesses et d'accouchements chez les adolescentes. À l'échelle mondiale, le taux de mariages d'enfants a diminué au cours des 25 dernières années, passant de 31 % en 1995 à 19 % en 2020 (une baisse de 12 points de pourcentage) (5 – UNICEF, 2021). En outre, le niveau global d'utilisation de contraceptifs modernes par les adolescents âgés de 15 à 19 ans a augmenté, passant de 17,8 % en 2000-2006 à 27,2 % en 2013-2017 (6 – Li et al., 2019)[1]. De même, à l'échelle mondiale, la proportion d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans dont les besoins en matière de planification familiale ont été satisfaits par des méthodes modernes est passée de 36 % à 60 % entre 1995 et 2020 (7 – UNICEF et al., 2020).

Toutefois, la baisse du nombre de mariages d'enfants et l'augmentation de l'utilisation de contraceptifs ont été inégales d'une région à l'autre et d'un pays à l'autre. Les avancées réalisées dans la lutte contre les mariages d'enfants ont été plus marquées dans certaines régions, notamment en Asie du Sud, alors que la région ALC n'a connu que de modestes progrès (5 – UNICEF, 2021). De même, on constate des différences considérables d'une région à l'autre concernant la satisfaction des besoins des adolescents en matière de planification familiale. Certes, l'Asie du Sud, l'Afrique subsaharienne, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord enregistrent tous des augmentations constantes de la satisfaction de la demande des jeunes filles en matière de planification familiale grâce à des méthodes modernes, mais moins d'une adolescente sur deux y est satisfaite, contre environ trois sur quatre dans la région ALC, en Europe et en Asie centrale, et 88 % en Amérique du Nord (7 – UNICEF et al., 2020). Ces différences se reflètent également au niveau des pays. Au Cambodge, en Éthiopie et au Kenya, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale ont diminué de plus de 20 points de pourcentage entre 2000 et 2017, alors qu'une augmentation de plus de 10 points a été recensée au Bénin, au Tchad, en Mongolie et au Nigéria au cours de la même période (6 – Li et al., 2019).

Les niveaux d'utilisation de contraceptifs chez les adolescents sont inférieurs à ceux des adultes, tant au sein du mariage ou d'une union qu'en dehors, en raison d'obstacles les empêchant de se procurer et d'utiliser des contraceptifs.



Photo: © Ogilvie Design Limited

**Dans le passé, les ONG ont entrepris des efforts visant à prévenir les grossesses chez les adolescentes. Dans de nombreux pays, les gouvernements mènent avec succès des programmes nationaux de prévention des grossesses au sein de cette population.**

Le Chili, l'Angleterre, l'Éthiopie et la Thaïlande font partie d'un nombre restreint mais croissant de pays qui ont mis en place avec succès des programmes nationaux de prévention des grossesses chez les adolescentes dirigés par les pouvoirs publics. Ils ont amélioré l'accès des jeunes à la contraception et leur utilisation grâce à l'intégration de services de santé adaptés au public adolescent dans les systèmes de santé nationaux.

Depuis des années, les organisations non gouvernementales (ONG) mènent des efforts pour prévenir les grossesses chez les adolescentes dans les pays du Nord et du Sud. Leurs travaux et leurs recherches ont permis de recueillir des données probantes sur les méthodes efficaces de prévention des grossesses chez les jeunes filles et d'amélioration de l'accès et de l'utilisation des contraceptifs par les adolescents. Jusqu'à récemment, ces approches éprouvées n'étaient mises en œuvre que dans le cadre de projets à petite échelle et limités dans le temps. Cela commence à changer. Un nombre restreint mais croissant de pays, comme le Chili, l'Angleterre et l'Éthiopie, ont mis en place avec succès des programmes nationaux de prévention des grossesses chez les adolescentes. Il y a de précieux enseignements à tirer de ces pays :

- **Ils ont inscrit la prévention très haut dans leur agenda** : des groupes étroitement reliés d'agents de changement internes et externes ont travaillé main dans la main pour créer une dynamique d'intensification de la prévention des grossesses chez les adolescentes ;
- **Ils ont rigoureusement planifié les efforts d'intervention** : ils ont élaboré des stratégies fondées sur des données factuelles, s'appuyant sur des politiques nationales de soutien. Ils ont simplifié l'ensemble des interventions en se limitant aux éléments essentiels et ont indiqué clairement ce qui devrait être fait, où, comment et par qui ;
- **Ils ont mis de l'argent sur la table et géré l'intensification de manière efficace** : ils ont engagé des ressources suffisantes – à la fois internes et externes dans le cas de l'Éthiopie – et géré la mise en œuvre en mobilisant et soutenant les services gouvernementaux compétents à différents niveaux, ainsi que les ONG et les associations professionnelles. En outre, ils ont utilisé les conclusions des évaluations et des examens pour remanier la mise en œuvre ;
- **Ils ont renforcé le soutien, anticipé la résistance à la fourniture de contraceptifs et déployé des efforts stratégiques**: l'Angleterre et le Chili ont anticipé la résistance à la fourniture de contraceptifs aux adolescents non mariés, et déployé des efforts stratégiques pour y remédier. L'Éthiopie a mis l'accent sur les jeunes femmes mariées dont les besoins étaient connus.
- **Ils ont travaillé sur le plan stratégique pour garantir la durabilité** : les trois pays ont utilisé les données de manière créative pour faire connaître les progrès réalisés. Ils ont préconisé – et réussi – l'intégration de certains éléments de l'effort d'intensification dans des politiques, stratégies et indicateurs nationaux plus vastes (8 – Chandra-Mouli et al., 2019 ; 9 – Akwara et al., 2022 ; 10 – Hadley et al., 2016)

*Un nombre restreint mais croissant de pays, comme le Chili, l'Angleterre et l'Éthiopie, ont mis en place avec succès des programmes nationaux de prévention des grossesses chez les adolescentes.*

Les trois pays se sont employés à intégrer dans leurs systèmes de santé nationaux des éléments éprouvés concernant la fourniture d'une contraception adaptée aux adolescents. Par exemple, le Chili a mis en œuvre une approche en cinq volets concernant les systèmes de santé :

- la formation des agents de santé (et leur donner des directives claires sur le consentement parental, l'autonomie des adolescents et la protection des jeunes contre les abus sexuels) ;
- la création d'espaces réservés aux adolescents dans les centres de soins de santé primaires ; la promotion d'une gamme de méthodes contraceptives ;
- l'amélioration de la communication et de l'orientation et
- le regroupement des lois pertinentes en un cadre unique définissant les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes. (9 – Akwara et al., 2022 ; 11 – High Impact Practices in Family Planning, 2021).

Dans les trois pays, les efforts visant à développer la distribution de contraceptifs et à la rendre plus adaptée aux besoins des adolescents ont été fondés sur une approche plus large mise en œuvre dans le cadre de partenariats multisectoriels à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement. Par exemple, en Angleterre, cela comprenait l'offre d'une éducation sexuelle complète, des campagnes de communication et un soutien spécifique aux jeunes parents[2]. (8 – Chandra-Mouli et al., 2019 ; 10 – Hadley et al., 2016).

Les efforts conjugués ont donné des résultats impressionnants. Le Chili a enregistré une diminution de 51 points de pourcentage de la proportion des naissances chez les mères âgées de moins de 19 ans entre 2000 et 2017 et une augmentation de 8 points des adolescentes âgées de 15 à 19 ans utilisant des contraceptifs modernes entre 2012 et 2019. L'Angleterre a enregistré une baisse de 55 % du taux de conception des moins de 18 ans entre 1998 et 2015. En Éthiopie, il y a eu une augmentation de 33,5 points de pourcentage de l'utilisation de contraceptifs modernes entre 2000 et 2019 ; une augmentation de 37,8 points de la planification familiale après l'accouchement entre 2000 et 2016 ; une diminution de 2,9 points de la fécondité entre 2000 et 2019 et une diminution de 8,8 points du mariage d'enfants entre 2000 et 2016. (8 – Chandra-Mouli et al., 2019 ; 9 – Akwara et al., 2022 ; 10 – Hadley et al., 2016).

Au fil des ans, la Thaïlande a enregistré des succès dans de nombreux domaines de la santé publique. Pour faire face à l'augmentation du nombre de grossesses chez les adolescentes, elle a mis en place une initiative de prévention et de résolution du problème des grossesses chez les adolescentes (2017-2026), qui prévoit des mesures complémentaires et coordonnées mises en œuvre par six ministères. Les activités comprennent l'offre d'une éducation sexuelle, la fourniture de services de contraception et d'avortement sans risque, des services sociaux et la participation communautaire, par l'intermédiaire du secteur public et des entreprises. Ces efforts ont permis de très largement étendre la fourniture de méthodes contraceptives à longue durée d'action et de multiplier leur consommation par dix.



Cela a également permis de réduire les taux de grossesse chez les adolescentes de 10 à 14 ans de 1,3/1000 en 2014 à 0,7/1000 en 2021, et chez les adolescents de 15 à 19 ans de 47,8/1000 en 2014 à 32,7/1000 en 2021 (12-UNDESA, 2023)".

L'expérience de ces pays – respectivement en Europe, en Amérique latine, en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne – montre ce que l'on peut accomplir en ayant une véritable démarche scientifique, conjuguée à des données probantes ainsi qu'à un encadrement et une gestion solide. Elle incite d'autres pays à faire ce qui est faisable et qui doit être fait de toute urgence – sans plus attendre.

## ***Des pays, des communautés et des familles sont laissés pour compte***

Même si des progrès ont été accomplis à l'échelle mondiale, ils ont été lents et inégaux, des pays, des communautés et des familles ayant été laissés pour compte. Pour répondre à la promesse qui se trouve au cœur des Objectifs de développement durable (ODD) de ne laisser personne pour compte, il est urgent de comprendre cette iniquité et d'y remédier.

Un rapport récemment publié par le FNUAP, intitulé *Childhood in motherhood*, réaffirme que si des progrès ont été réalisés en ce qui concerne les grossesses et les accouchements chez les adolescentes, le rythme a été lent. Il note que ces avancées se traduisent par une baisse d'environ trois points de pourcentage par décennie au cours des 60 dernières années (13 – FNUAP, 2022). Le rapport met également l'accent sur trois domaines nécessitant une attention particulière :

- Premièrement, il y a 60 ans, 14 % des adolescentes donnant le jour pour la première fois étaient des jeunes filles âgées de 14 ans et moins. Selon des estimations récentes, cette tranche d'âge représente désormais 6 % des adolescentes qui deviennent mères. Ceci est important parce que les mères les plus jeunes sont les plus exposées au risque de complications maternelles. Selon le rapport, la République centrafricaine, le Tchad et la Guinée figurent parmi les pays où les taux de natalité de très jeunes mères sont les plus élevés. L'Indonésie, quant à elle, a connu une baisse spectaculaire des naissances dans ce groupe d'âge au cours des 50 dernières années.
- Deuxièmement, il y a 60 ans, une fille qui avait son premier enfant à 14 ans ou avant, accouchait en moyenne trois fois au cours de son adolescence. Aujourd'hui, cette moyenne est tombée à 2,2. Ce taux a aussi reculé en 60 ans pour les filles ayant leur premier enfant entre 15 et 17 ans, passant de 1,9 à 1,5. Selon le rapport du FNUAP, l'Afghanistan, l'Irak, la Somalie et le Nigéria figurent parmi les pays les plus exposés aux risques de grossesses répétées à l'adolescence. Le Bangladesh, en revanche, a connu une baisse significative de ce type de grossesse.
- Troisièmement, il y a 60 ans, une mère adolescente avait une chance sur trois d'avoir un autre enfant dans les deux ans (ce que l'on appelle une grossesse rapprochée). Aujourd'hui, on estime ce taux à une chance sur cinq. Les grossesses rapprochées sont associées à de

graves risques pour la santé des mères et des nourrissons. D'après le rapport du FNUAP, la Jordanie et la Palestine enregistrent certaines des plus fortes probabilités de grossesses rapprochées, tandis que le Brésil et la Colombie ont connu quelques-unes des baisses les plus substantielles du nombre de grossesses rapprochées parmi les adolescentes.

En outre, comme nous l'avons vu plus haut, les taux de grossesse et d'accouchement chez les adolescentes varient énormément au sein des pays mêmes. Une interaction de facteurs au niveau local, régional et national y contribue (14 – Chandra-Mouli et al., 2021). Des études menées en Afrique subsaharienne, dans la région ALC et en Asie du Sud-Est indiquent que les premiers accouchements à l'adolescence sont plus fréquents parmi les populations les plus pauvres et résidants en zone rurale, les naissances dans le groupe d'âge le plus jeune (moins de 16 ans) étant concentrées dans ces populations (15, 16, 17, 18 - Neal et al., 2016; 2018; 2019; 2020). Les progrès réalisés en termes de réduction des premiers accouchements à l'adolescence ont été particulièrement médiocres parmi ces groupes vulnérables, ce qui a aggravé les inégalités. Par exemple, en ALC, de timides progrès ont été constatés concernant la réduction de la première naissance chez les adolescentes au cours des dernières décennies en Haïti (faible baisse), en Bolivie et en République dominicaine (plateau en baisse), ainsi qu'en Colombie et au Pérou (augmentation) (16 – Neal et al., 2018).

*Des études menées en Afrique subsaharienne, dans la région ALC et en Asie du Sud-Est indiquent que les premiers accouchements à l'adolescence sont plus fréquents parmi les populations les plus pauvres et résidants en zone rurale, les naissances dans le groupe d'âge le plus jeune (moins de 16 ans) étant concentrées dans ces populations.*

En résumé, s'il est vrai que des progrès ont été réalisés globalement, certains pays, communautés et familles ont été laissés pour compte. Il est nécessaire d'élaborer d'urgence des initiatives visant à comprendre qui est laissé pour compte et à travailler avec eux pour déterminer pourquoi cela se produit et ce qu'il est possible de faire – avec eux – pour remédier à la situation.

Le travail accompli par le *Women's Centre of Jamaica (WCoJ)* pendant quatre décennies illustre bien cette situation. Le ministère de la Justice a réagi au manque de possibilités pour les adolescentes enceintes de poursuivre leurs études en cas de grossesse, aux possibilités limitées, voire inexistantes, de réintégration des mères adolescentes, et aux taux élevés de seconde naissance chez les adolescentes. L'organisation a piloté le déploiement d'un ensemble de mesures au service des adolescentes enceintes et des adolescentes exerçant des responsabilités parentales, de leurs partenaires masculins et de leurs familles : formation



continue, conseils, aide à l'insertion scolaire, soins aux enfants et renforcement des compétences parentales, conseils et prestation de services en matière de planification familiale, le tout dans un environnement sûr.

Avec l'appui du gouvernement jamaïcain et de partenaires à l'intérieur et à l'extérieur du pays, l'initiative est passée progressivement d'un programme pilote à un programme d'envergure nationale qui dure depuis 40 ans et a été reproduit dans d'autres pays des Caraïbes. Il a également contribué à l'élaboration de politiques et procédures nationales en matière de maintien à l'école et de réinsertion des adolescentes enceintes et exerçant un rôle parental. Enfin, une série d'études a démontré l'efficacité de l'initiative pour ce qui est de maintenir un faible taux de grossesses rapprochées et d'assurer l'achèvement de la scolarité et la poursuite de la formation. (19 – Amo-Adjei et al., 2022).

*En résumé, s'il est vrai que des progrès ont été réalisés globalement, certains pays, communautés et familles ont été laissés pour compte. Il est nécessaire d'élaborer d'urgence des initiatives visant à comprendre qui est laissé pour compte et à travailler avec eux pour déterminer pourquoi cela se produit et ce qu'il est possible de faire – avec eux – pour remédier à la situation.*



## ***Les perspectives de progrès en matière de grossesses chez les adolescentes sont meilleures que jamais.***

Les perspectives de progrès sont meilleures que jamais, grâce à un positionnement fort dans les programmes mondiaux et régionaux, à un ensemble de données solides et de plus en plus étoffées qui alimentent les normes et lignes directrices, au soutien des mécanismes mondiaux d'appui technique et de financement, et à un nombre croissant de pays qui intensifient leur action.

La prévention des grossesses chez les adolescentes figure à l'ordre du jour des Objectifs de développement durable et à l'agenda de la Conférence internationale sur la population et le développement (20 – Plate-forme mondiale d'indicateurs des ODD, sans date). Elle est également solidement ancrée dans l'agenda des instances politiques régionales (21 – SRHR Scorecard, sans date). Au fil des ans, un ensemble solide d'éléments probants a été constitué pour confirmer les efforts à entreprendre afin de prévenir les grossesses chez les adolescentes, renforcé encore par des recherches prospectives (22 – Pathfinder International, sans date) et une documentation rétrospective d'initiatives remarquables à l'échelle nationale (19 – Amo-Adjei et al., 2022). Cet ensemble évolutif de données factuelles et d'expérience en matière de programmes alimente les outils d'appui aux politiques et aux programmes (23 – FNUAP, 2022). Des partenariats mondiaux tels que le FP2030 encouragent et aident les pays à prendre des engagements audacieux et innovants (24 – FP2030, 2021).

Des institutions financières mondiales comme le Mécanisme de financement mondial fournissent aux pays les fonds dont ils ont besoin pour traduire leurs plans en actes (25 – Mécanisme de financement mondial, 2022). Avec d'autres, comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ils œuvrent pour le renforcement des synergies entre les programmes de lutte contre le VIH et ceux de prévention des grossesses précoces (26 – Fonds mondial, 2022). Des initiatives mondiales telles que le Mécanisme de coordination de l'assistance technique aux adolescents et aux jeunes de l'OMS (27 – OMS, 2021 / AYSRH TA Mechanism - Review Meeting - June 2021.pdf) et The Challenge Initiative aident les pays à transposer leurs aspirations dans des programmes adaptés à leur contexte, mis en œuvre à l'échelle avec qualité et équité, et à tirer pleinement parti d'approches telles que Self Care et la tendance au direct consommateur (28 – Bose et al., 2021). Il reste encore beaucoup à faire. Il y a à la fois de magnifiques possibilités à exploiter et des défis à surmonter, mais les perspectives de progrès sont plus belles que jamais.

***Message vidéo de l'Organisation mondiale de la santé  
pour la Journée mondiale de la contraception 2022***



Lire les messages de l'Organisation mondiale de la santé **ici**

1. Il s'agit de données relatives à 43 pays pour lesquels au moins une enquête a été effectuée au cours de chacun des trois cycles (2000-2006 ; 2007-2012 ; 2013-2017) auprès du même groupe de pays à chaque cycle d'enquêtes. Les 43 pays sont les suivants : Albanie, Arménie, Bangladesh, Belize, Bénin, Burundi, Cambodge, Cameroun, Colombie, Congo, Cuba, Côte d'Ivoire, Égypte, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guyana, Haïti, Indonésie, Kazakhstan, Kenya, Kirghizistan, Lesotho, Malawi, Mali, Mongolie, Népal, Nigéria, Ouganda, Philippines, République dominicaine, Rwanda, Sénégal, Serbie, Sierra Leone, Tadjikistan, Tanzanie, Tchad, Thaïlande, Togo, Vietnam, Zimbabwe.
2. En outre, en Angleterre, l'accès aux soins liés à l'avortement sécurisé était libre et en Éthiopie, l'accès aux soins liés à l'avortement sécurisé était libéralisé.

## References

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). (2021) *World Population Prospects, 2021 Revision: Age-specific fertility rates by region, subregion and country, 1950-2100 (births per 1,000 women) Estimates*. Available at: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/> (Accessed 10 September 2022).
2. Zambia Statistics Agency, Ministry of Health (MOH) Zambia, and ICF. (2018) *Zambia Demographic and Health Survey 2018*. Zambia Statistics Agency, Ministry of Health, Lusaka and Rockwell.
3. Philippine Statistics Authority (PSA) and ICF. *Philippines National Demographic and Health Survey 2017*. Quezon City, Philippines, and Rockville, Maryland, USA: PSA and CF; 2018. <https://psa.gov.ph/sites/default/files/PHILIPPINE%...>

4. Petroni S, et al. (2017) 'New Findings on Child marriage in sub-Saharan Africa', *Annals of Global Health*, 83, pp.5-6. <https://annalsofglobalhealth.org/articles/abstract...>
5. United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021) *Towards Ending Child Marriage: Global trends and profiles of progress*. New York: United Nations Children's Fund, New York. <https://data.unicef.org/resources/towards-ending-c...>
6. Li Z, et al. (2019) 'Contraceptive use in adolescent girls and adult women in low- and middle-income countries', *JAMA Network Open*, 3(2), pp. e1921437. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32074290/>
7. UNICEF, UN Women and Plan International. (2020) *A New Era for Girls: Taking Stock of 25 Years of Progress*. New York: UNICEF, New York <https://www.unicef.org/reports/new-era-for-girls-2...>
8. Chandra-Mouli V, et al. (2019) 'Lessons learned from national government-led efforts to reduce adolescent pregnancy in Chile, England and Ethiopia', *Early Childhood Matters*, 128, pp. 50-56. <https://earlychildhoodmatters.online/2019/lessons-...>
9. Akwara E, et al. (2022), 'Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights in Ethiopia: Reviewing progress over the last 20 years and looking ahead to the next 10 years', *Reproductive Health*, 19(123). <https://reproductive-health-journal.biomedcentral...>
10. Hadley A, et al. (2016) 'Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): How was this done and what did it achieve?', *Reproductive Health*, 13, pp.139. doi:10.1186/s12978-016-0255-4
11. High Impact Practices in Family Planning. (2021) *Adolescent Responsive Contraceptive Services: Institutionalizing adolescent responsive elements to expand access and choice*. HIP Partnership, Washington DC. <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/adoles...>
12. UNDESA (2023). United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). (2023) *World Population Prospects, 2022 Revision: Age-specific fertility rates by region, subregion, and country, 1950-2100 (births per 1,000 women) Estimates*. Available at: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/> (Accessed 30 September 2023)
13. UNFPA. (2022) *Motherhood in childhood: the untold story*. UNFPA, New York. <https://www.unfpa.org/publications/motherhood-chil...>
14. Chandra-Mouli V, et al. (2021), 'Adolescent sexual and reproductive health for all in sub-Saharan Africa: a spotlight on inequalities', *Reproductive Health* 18(Suppl 1), pp. 1-18. Doi: 10.1186/s12978-021-01145-4 <https://reproductive-health-journal.biomedcentral...>
15. Neal S et al. (2016) 'Mapping adolescent first births within three east African countries using data from Demographic and Health Surveys: exploring geospatial methods to inform policy', *Reproductive Health*, 13(98). doi:10.1186/s12978-016-0205-1 <https://reproductive-health-journal.biomedcentral...>
16. Neal S et al. (2018) 'Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: disaggregated data from demographic and health surveys', *Reproductive health*, 15(1), pp.146. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral...>
17. Neal S et al. (2019) 'Using geospatial modelling to estimate the prevalence of adolescent first births in Nepal'. *BMJ Global Health*, 4, pp.e000763. [https://gh.bmj.com/content/4/Suppl\\_5/e000763](https://gh.bmj.com/content/4/Suppl_5/e000763)

18. Neal S, et al. (2020) 'Trends in adolescent first births in sub-Saharan Africa: a tale of increasing inequity?', *International Journal for Equity in Health*, 19(151).  
<https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/1...>
19. Amo-Adjei J., et al. (2022) "'Second Chances" for Adolescent Mothers: Four Decades of Insights and Lessons on Effectiveness and Scale-up of Jamaica's PAM', *American Journal of Sexuality Education*, pp. 1-34. doi:10.1080/15546128.2022.2093808
20. *Global Sustainable Development Goals Indicator Platform*. Available at: <https://sdg.tracking-progress.org/indicator/3-7-2-adolescent-birth-rate/> (Accessed: 10 September 2022).
21. *The Sexual and Reproductive Health and Rights score card for the Southern African Development Community*. Available at: [https://www.hera.eu/en/news/srhr\\_scorecard\\_sadc/](https://www.hera.eu/en/news/srhr_scorecard_sadc/) (Accessed: 10 September 2022).
22. Pathfinder International. (no date) *Beyond Bias*. Available at: <https://www.pathfinder.org/projects/beyond-bias/> (Accessed 10 September 2022).
23. UNFPA. (2022) *Not on pause: Responding to the Sexual and Reproductive Health Needs of Adolescents during the COVID-19 crisis*. UNFPA, New York.  
<https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource...>
24. FP2030. (2021) *Commitment resource kit: Developing bold and transformative commitments for adolescents and youth*. FP2030, Washington DC  
<https://commitments.fp2030.org/sites/default/files...>
25. Global Financing Facility. (2022) *Financing for results to improve ASRH and wellbeing: Entry points for Action*. International bank for reconstruction and development/Global Financing Facility, Washington DC. Available at: [https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff\\_new/files/GFF-Financing-results-improve-ASRHR\\_0.pdf](https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/GFF-Financing-results-improve-ASRHR_0.pdf) (Accessed: 10 September 2022).
26. The Global Fund. (2022). *HIV information note. Allocation Period: 2023-25*. The Global Fund, Geneva. [https://www.theglobalfund.org/media/4765/core\\_hiv\\_...](https://www.theglobalfund.org/media/4765/core_hiv_...)
27. WHO. (2021). *World Health Organization Adolescent and Youth Technical Assistance Coordination Mechanism. Review Meeting, June 2021*. WHO, Geneva.  
*AYSRRH TA Mechanism - Review Meeting - June 2021.pdf*
28. Bose K., et al. (2021) 'Scaling Access to Contraception for Youth in Urban Slums: The Challenge Initiative's Systems-Based Multi-Pronged Strategy for Youth-Friendly Cities', *Front Glob Womens Health*, 1(2), pp.673-688. doi: 10.3389/fgwh.2021.673168.  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh....>



**Dr Elsie Akwara, PhD, MPH, Experte indépendante.** Je suis une observatrice, une analyste de données et une chercheuse expérimentée dans les questions de développement international, en me concentrant sur la santé sexuelle et reproductive, le genre, le VIH/SIDA, la santé maternelle et infantile et la protection de l'enfance, comme le mariage des enfants. J'ai une grande expérience de la recherche liée à la mesure de la santé

sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (AYSRH). Mon travail comprend également l'analyse qualitative du contenu, y compris l'analyse des programmes et des politiques, les examens de la littérature et les examens systématiques, la rédaction de rapports et la diffusion du contenu technique.

J'ai obtenu un doctorat en statistiques sociales et démographie à l'université de Southampton et une maîtrise en santé publique au New York Medical College. J'ai ensuite travaillé au bureau de pays de l'UNFPA en Sierra Leone, où je me suis principalement consacrée à la SSRA pendant la période Ebola, puis j'ai rejoint l'OMS en tant que consultante indépendante. Email



**Dr Venkatraman Chandra-Mouli**, Scientifique, Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents, Département de la santé sexuelle et reproductive et de la recherche, Organisation mondiale de la santé (qui comprend le programme de reproduction humaine du PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale).

mondiale).

Je dirige les travaux sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) au sein du département Santé et recherche de l'Organisation mondiale de la santé. Mon travail consiste à établir la base épidémiologique et factuelle de la SSRA et à aider les pays à traduire ces données et ces preuves en actions par le biais de politiques et de programmes bien conçus et bien gérés. Mon expérience dans ce domaine est globale et s'étend sur 30 ans. Email

## Kontakt

### Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz  
Murbacherstrasse 34  
CH-4056 Basel  
Tel. +41 61 383 18 10  
info@medicusmundi.ch

### Suisse romande

Medicus Mundi Suisse  
Rue de Varembe I  
CH-1202 Genève  
Tél. +41 22 920 08 08  
contact@medicusmundi.ch

### Coordonnées bancaires

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel  
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel  
IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5  
BIC: BKBBCHBBXXX