



OUBLIÉS ET LAISSÉS DANS L'OMBRE : SANTÉ ET DROITS SEXUELS ET GÉNÉSQUES DES JEUNES ADOLESCENTS

RÉALITÉS:

- Dans certains pays, au moins un quart des garçons comme des filles deviennent sexuellement actifs avant leur 15e anniversaire, souvent involontairement.
- Pour les filles de nombreux pays en développement, l'initiation sexuelle précoce se produit dans le contexte de mariages arrangés. Pour les garçons, tel n'est pratiquement jamais le cas.
- Mariées ou non, les jeunes filles sexuellement actives sont particulièrement vulnérables aux infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/sida, et aux grossesses à risques.
- Tous les jeunes doivent être informés et habilités à se protéger et à prendre des décisions libres et responsables, en toute connaissance de cause, en matière sexuelle et génésique.
- L'accès précoce et universel à une éducation exacte et complète à la sexualité en milieu scolaire est rare mais essentielle.
- Quand bien même ils les reconnaîtraient, les services de santé répondent rarement aux besoins des jeunes adolescents avant, ou même après qu'ils deviennent sexuellement actifs.

Les adolescents de 10 à 14 ans représentent 9 % de la population mondiale et jusqu'à 15 % de celle de certains pays à faible et moyen revenu.³ Il est impératif de reconnaître les réalités de la vie des jeunes adolescents, filles et garçons – et tout particulièrement leur besoin de comprendre leur corps et leurs droits et responsabilités sexuels – si l'on veut assurer les bases d'un passage sans risques, à travers l'adolescence, de l'enfance à l'âge adulte. Les commentaires relatifs à la santé et aux comportements sexuels et génésiques des adolescents ou des jeunes adultes concernent souvent ceux âgés de 15 à 19 ou 15 à 24 ans, pourtant, et les programmes et politiques sont généralement conçus dans l'optique de ces groupes plus âgés. Axé sur les aspects oubliés et laissés dans l'ombre de la vie sexuelle et génésique des jeunes adolescents, ce dossier d'information vise à éclairer les processus de définition des politiques et des programmes pour cette nouvelle génération pivot.

POURQUOI CET INTÉRÊT POUR LES JEUNES ADOLESCENTS ?

La jeune adolescence marque le début de la puberté, avec tous ses bouleversements physiologiques et affectifs de croissance physique rapide, d'émergence de l'excitation et des intérêts sexuels et de maturation du corps sexuel. Il s'agit d'une période de socialisation intense dans les attitudes et comportements sexospécifiques. Les garçons et les filles de cet âge se caractérisent par leur immense capacité d'enthousiasme, d'énergie et d'idéalisme, tandis que se développent leurs compétences sociales et intellectuelles. Dans le même temps, leur santé sexuelle et génésique est exposée à certains risques, d'une haute sexospécificité de par leur nature, leurs causes et leurs conséquences.

- Dans la plupart des pays en développement, les filles mûrissent aujourd’hui, d’un point de vue physiologique, plus rapidement que par le passé, sous l’effet d’une meilleure nutrition et de meilleures conditions de vie. Dans des pays aussi différents que le Brésil, le Chili, la République dominicaine, le Mexique, le Venezuela, l’Égypte, l’Iran, l’Inde, l’Indonésie et la Thaïlande, les filles des rangs socioéconomiques supérieurs sont réglées, en moyenne, à partir de 12 ans et demi ou moins – soit au même âge (ou même plus tôt) que leurs homologues européennes et nord-américaines.⁴ Les premiers signes visibles de maturation sexuelle, tels que la naissance des seins, peuvent apparaître dès l’âge de 9 ou 10 ans.⁵
- Le début de la menstruation est un très mauvais indicateur de préparation physiologique ou psychologique de la fille aux rapports sexuels. La croissance squelettique et musculaire est incomplète, sans compter que les gains de taille et de poids, le plein développement du bassin, des seins et de l’utérus et la maturation et lubrification du col utérin et du vagin se produisent pour la plupart *après* le début de la menstruation.
- Les rapports sexuels antérieurs à la pleine maturation de la fille peuvent être extrêmement douloureux – surtout lorsqu’ils sont forcés – étant donné l’étroitesse, la petitesse, l’inélasticité et le manque de lubrification du vagin, sans compter le choc émotionnel susceptible de résulter en cas de violence. Les abrasions et les déchirures accroissent, pour la fille, le risque de contraction d’IST telles que la syphilis ou le papillomavirus humain (PVH) et du VIH si le partenaire est infecté.⁶
- La grossesse précoce, avant le développement complet des os du bassin et de la filière pelvigénitale, expose les filles à des risques accrus de fausse couche et de complications obstétricales telles que l’hypertension gravidique, l’obstruction et le travail prolongé, les déchirures vaginales, la fistule obstétricale, l’hémorragie de la délivrance et le décès maternel.⁷ Elle peut aussi être cause d’accouchement prématuré, de poids insuffisant à la naissance, de mort fœtale tardive et de décès du nouveau-né.
- Les garçons accèdent à la puberté et à la phase de croissance maximale de leur développement en termes de taille et poids, ainsi que de capacité cognitive, en moyenne un an et demi à deux ans plus tard que les filles.⁸ La première éjaculation consciente du garçon survient entre l’âge de 13 et 15 ans et est généralement considérée comme un marqueur de la puberté masculine équivalent à l’apparition des règles chez la fille. Pendant la puberté, d’intenses soubresauts hormonaux de testostérone affectent la conscience et l’excitation sexuelles des garçons et sont liés aux notions socialement construites de domination masculine et de prise de risque selon un processus complexe d’interaction et de surenchère.⁹
- Les jeunes adolescents des deux sexes, mais surtout les filles, sont vulnérables aux violations de leurs droits sexuels par leurs pairs comme par les adultes, y compris membres de leur propre famille. Dans le même temps, le désir d’acceptation sociale, combiné aux notions d’infaillibilité, en mène certains, de sexe masculin surtout, à adopter des comportements sexuels et autres formes de risque au mépris le plus total des conséquences, pour eux-mêmes comme pour autrui.

QUI SONT « LES JEUNES ADOLESCENTS » ?

Nous considérons toutes les filles et tous les garçons de 10 à 14 ans comme de *jeunes adolescents*. Certains rapports qualifient les jeunes de 10 à 14 ans de *très jeunes adolescents*, tandis que d’autres établissent d’autres distinctions encore¹. L’Organisation panaméricaine de la Santé qualifie, pour les filles, la tranche d’âge de 9 à 12 ans de *pré-adolescence* et celle de 12 à 14 ans de *jeune adolescence*, par rapport à celles de 10 à 13 et 13 à 15 ans pour les garçons². Les données statistiques ne sont cependant pratiquement jamais présentées selon cette répartition. Pour plus de simplicité, la tranche d’âge de 10 à 14 ans désigne ici la jeune adolescence, étant entendu que la nature, le moment et le rythme du développement sexuel, affectif, cognitif et corporel varient entre les garçons et les filles, d’une population et d’un groupe social à l’autre ainsi que d’un individu à l’autre.

Présumer que les garçons et les filles de moins de 15 ans sont « trop jeunes » pour requérir une information et des services de santé sexuelle et génésique, c’est ignorer ces réalités et leur refuser les connaissances et les compétences pratiques dont ils ont besoin pour se protéger eux-mêmes et leurs partenaires contre les IST/VIH, la grossesse, l’avortement ou l’accouchement non médicalisés et les abus et violences de nature sexuelle. Les jeunes adolescents ont le droit de recevoir une information, une éducation et des services de santé complets, ainsi que de bénéficier d’autres supports sociaux et légaux durant cette étape hautement formative de la vie.

INITIATION SEXUELLE PRÉCOCE

Les données factuelles relatives aux connaissances, sentiments, croyances et actes (perpétrés ou subis) des jeunes adolescents en ce qui concerne leur corps et leurs intérêts sexuels naissants sont rares. La recherche sur les attitudes et comportements sexuels est extrêmement sensible, voire taboue dans certains pays et les parents, enseignants, décideurs politiques, prestataires de soins de santé et autres gardiens y font souvent objection. Quelques observations intéressantes se dégagent cependant :

- Les études qualitatives effectuées dans divers contextes révèlent que les jeunes adolescents, de sexe masculin et parfois féminin, perçoivent les activités sexuelles participatives, y compris buccogénitales et anales, comme « un jeu », comme « amusantes » ou comme ne représentant « rien de spécial ». ¹⁰ De plus, les filles et certains garçons sont particulièrement vulnérables à la contrainte sexuelle pendant la jeune adolescence. ¹¹ Les normes sexospécifiques de comportement masculin peuvent aussi encourager les garçons de cet âge à se rendre eux-mêmes coupables de contraintes. L'exposition à la contrainte et à la violence sexuelle, généralement associée aux tensions et privations sociales, économiques et personnelles dans la famille et la collectivité, peut contribuer aux épisodes ultérieurs de rapports sexuels non consentis et non protégés, multiplicité de partenaires sans protection, IST/VIH, grossesse non planifiée, atteinte à l'estime de soi et autres conséquences négatives sur le plan physique, social et affectif. ¹²
- Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées dans quelque 60 pays en développement indiquent qu'au moins 25 % des filles âgées de 15 à 19 ans ont vécu leurs premiers rapports hétérosexuels vaginaux avant l'âge de 15 ans (presque toutes dans le cadre du mariage) au Niger, en Guinée, en République centrafricaine, au Mozambique et au Bangladesh, de même qu'au moins 10 % (relations conjugales ou hors mariage) dans de nombreux autres pays d'Afrique subsaharienne, en Inde, dans une grande partie d'Amérique latine et des Caraïbes, ainsi qu'en Suède et aux États-Unis. ¹³
- Parmi les garçons de 15 à 19 ans, au moins 25 % ont connu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans au Gabon (48 %), au Mali, en Zambie, au Malawi, au Kenya et en Namibie, ainsi qu'en Haïti, au Nicaragua, en Jamaïque, au Brésil et aux États-Unis, de même qu'au moins 10 % dans de nombreux autres pays. Les études menées en Jamaïque, au Brésil et aux États-Unis révèlent qu'un nombre considérable de jeunes garçons issus de familles à faibles revenus ont eu (ou prétendent avoir eu) des rapports sexuels à l'âge de 12 ans ou même plus tôt. ¹⁴

De hautes proportions d'adolescents de 15 à 19 ans, garçons et filles, ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans dans certaines régions et certains pays du monde.

(Médiane et étendue dans les pays de chaque région)

	G – Rapports sexuels	F – Rapports sexuels	F - Mariage	F – Naissance	G/F Pays
Afrique occidentale et centrale	11% 4-48%	20% 3-30%	8% 0-27%	3% 0-7%	12/15
Afrique orientale et australe	14 0-39	14 3-28	5 0-14	2 0-5	12/15
Afrique du Nord et Moyen-Orient	1 0-1	1 1-2	1 1-2	0 0-0	2/5
Républiques d'Asie centrale	6	0 0-1	0 0-0	0 0-0	1/4
Asie du Sud et du Sud-Est	3 0-20	5 0-26	5 0-26	1 0-6	3/8
Amérique latine et Caraïbes	16 15-34	10 5-14	4 2-10	1 1-3	5/8

Source : Enquêtes démographiques et de santé.

- De plus, au moins une fille sur 10 de 15 à 19 ans était déjà mariée ou en concubinage à l'âge de 14 ans ou moins au Niger, au Mozambique, au Bangladesh, en Inde, au Népal, en République dominicaine et au Nicaragua, courant dès lors un risque particulièrement élevé de grossesse précoce potentiellement mortelle.

QUE SAVENT LES JEUNES ADOLESCENTS ?

La recherche sur les connaissances, les attitudes et les pratiques sexuelles et génésiques des jeunes adolescents (généralement de 12 à 14 ans) par rapport à leurs aînés révèle pour la plupart un manque général d'information, de compétences et de préparation cognitive aux rapports sexuels parmi les cadets.¹⁵ Bien que les adolescents plus âgés doivent eux aussi être davantage informés sur leur santé et leurs droits sexuels et génésiques, les plus jeunes sont plus susceptibles de présenter les caractéristiques suivantes :

- compréhension limitée du sens de certaines questions posées et désinformation considérable sur diverses pratiques sexuelles et leurs risques ;
- moindres niveaux d'information et nombreuses méprises sur les modes de prévention de la grossesse et les méthodes contraceptives ;
- appel aux pairs tout aussi mal informés ou aux frères et sœurs ou cousins aînés légèrement mieux informés sur les questions sexuelles, plutôt qu'aux ressources médiatiques ou aux adultes de confiance ;
- conscience relativement élevée du VIH/sida mais connaissance très faible des symptômes, modes de transmission et prévention du VIH et autres IST ;
- compréhension limitée de la notion de santé génésique et faibles niveaux d'information sur l'anatomie et la physiologie génitale ;
- très faible usage du préservatif, ignorance des endroits où se le procurer ou très faible maîtrise de son usage correct parmi les jeunes sexuellement actifs ;
- tendance supérieure parmi les plus jeunes garçons à mentionner la pression des pairs, le plaisir physique ou la curiosité plutôt que la relation avec la petite amie comme motivation des rapports sexuels ;
- probabilité accrue, chez les garçons comme chez les filles, d'avoir vécu leur initiation sexuelle contre leur volonté ou sous la contrainte d'une personne plus âgée ;
- attachement supérieur aux rôles sexuels et aux normes conventionnelles de comportement sexuel ;
- sens plus faible d'auto-efficacité en ce qui concerne leurs droits à l'égard de leur propre corps.

Les jeunes adolescents, garçons et filles, de pratiquement tous pays et tous groupes sociaux sont avides d'information sur les changements qui affectent leur corps, sur leurs capacités sexuelles et génésiques et sur l'amour et les relations amoureuses. Ainsi, au Bangladesh, un programme d'éducation à la santé génésique pour adolescents de 12 ans et plus a découvert que les garçons comme les filles désiraient en savoir davantage sur la menstruation, la grossesse, les IST et le VIH, la planification familiale, le désir sexuel masculin et féminin, l'amour romantique et le choix d'un/e partenaire, même si beaucoup ne participeront nullement au choix du ou de la leur.¹⁶

RÉPONSES POLITIQUES ET PROGRAMMATIQUES

Les accords internationaux affirment que tous les adolescents – y compris les plus jeunes – ont le droit de recevoir une information, une éducation et des services appropriés à leur âge sur les questions de santé sexuelle et génésique, pour leur permettre d'assumer leur sexualité de manière positive et responsable.¹⁷ Cette éducation, formelle ou non, doit encourager les relations fondées sur l'égalité sexuelle et le respect mutuel et les rendre capables de se protéger contre les grossesses précoces et non désirées, les IST/VIH et les sévices et violences sexuelles.

Selon ces accords, l'accès des adolescents à l'information et aux services ne peut être restreint en vertu d'obstacles légaux, réglementaires ou sociaux discriminatoires basés sur l'âge ou l'état matrimonial, pas plus qu'il ne peut succomber aux attitudes négatives des prestataires de soins de santé. Tous les programmes doivent protéger les droits des adolescents à la vie privée, à la confidentialité, au respect et au consentement éclairé.

Éducation à la sexualité : Il existe un besoin pressant d'éducation à la sexualité efficace, globale et continue, fondée sur les principes des droits humains et de l'égalité des sexes et qui réponde aux questions des jeunes adolescents, dans les écoles et autres contextes, y compris hors-scolarisation. Les autres modes de communication et d'apprentissage à envisager incluent la presse écrite (magazines populaires pour adolescents surtout), les émissions de radio et de télévision ciblées sur les adolescents, les permanences téléphoniques de questions-réponses et Internet.

- L'éducation à la sexualité et aux relations, dans le cadre du programme scolaire, doit commencer dès les premières années de l'enseignement primaire et s'intensifier aux degrés primaires supérieurs et dans l'enseignement moyen.¹⁸ À l'âge de 12 ans, plus de 85 % des enfants des pays en développement sont scolarisés.¹⁹ La scolarisation baisse toutefois rapidement à partir de 12 ans, donnant lieu à des inégalités grandissantes en fonction de l'âge, de la richesse du ménage et du milieu de résidence rural ou urbain.²⁰
- Les programmes qui préconisent l'abstinence sexuelle en tant que choix positif pour les filles et les garçons de moins de 15 ans (pour autant que ce choix soit possible) doivent également apporter une information exacte et objective sur la prévention des IST/VIH et de la grossesse.
- Les programmes scolaires adaptés à l'âge qui atteignent les garçons et les filles *avant* qu'ils ne deviennent sexuellement actifs dans tous les sens de l'expression doivent aborder non seulement les aspects physiologiques de la sexualité et de la reproduction, mais aussi ceux affectifs des relations intimes, la diversité de l'expression sexuelle, l'estime de soi et les capacités de négociation et de prise de décision.²¹
- Les adolescents de moins de 15 ans ont besoin d'information, de compétences pratiques et d'un accompagnement familial, social et légal qui leur permettent de prendre leurs décisions en connaissance de cause – y compris le refus du mariage forcé – et de se protéger contre toutes les formes de harcèlement sexuel, de contrainte et de violence au sein de leur famille, de leur école et de leur collectivité. Les jeunes adolescents, garçons et filles, doivent disposer d'espaces sûrs où ils puissent poser leurs questions, parler les uns avec les autres et avec des adultes de confiance et obtenir l'information et le soutien nécessaires au renforcement d'un changement constructif dans leurs attitudes et leurs comportements.

Services de santé sexuelle et génésique : Les prestataires de services de santé sexuelle et génésique tels que la contraception, le dépistage et conseil IST et VIH, la distribution de préservatifs et les soins de l'avortement hésitent souvent à servir les jeunes adolescents (comme toute autre personne célibataire d'ailleurs) et peuvent leur refuser carrément leurs services.²² Dans certains cas, la discrimination repose sur des politiques restrictives de l'accès des mineurs aux services de santé en l'absence de consentement parental. Dans d'autres, il s'agit d'obstacles culturels, d'ignorance ou de déni du besoin, ou de la peur éprouvée par les prestataires mêmes.

- La limite entre les droits qui reviennent aux adolescents d'arrêter leurs propres décisions et ceux des parents de prendre ces décisions pour eux est presque partout contestée. Les faits laissent pourtant entendre que le refus d'apporter aux jeunes une information et des services cruciaux ne les protègent nullement. Ce refus accroîtrait plutôt la probabilité, au moment où elle se produit, d'une initiation sexuelle non protégée.²³
- La demande, par les jeunes adolescents, d'information, de services ou de produits (préservatifs et autres formes de contraception) auprès des prestataires de santé et des pharmaciens, notamment, est indicatrice de leur capacité de prendre des décisions responsables et doit être respectée sans discrimination d'âge, de sexe ou d'état matrimonial.²⁴

Autres réponses politiques et programmatiques : Des interventions aptes à promouvoir la santé et les droits sexuels et génésiques des jeunes adolescents sont nécessaires dans divers contextes, dans les écoles et les services de santé, certes, mais aussi au niveau national et régional des gouvernements et dans les collectivités, les quartiers et les familles. L'élimination de toutes les formes d'abus et de traite sexuelle des enfants, où qu'elles se pratiquent, de même que des mariages forcés et des mariages d'enfants doit recevoir une attention urgente. Il importe aussi, presque partout, de se pencher davantage sur les besoins des différents groupes de jeunes afin de concevoir et mettre en œuvre des programmes holistiques aptes à renforcer leurs compétences, leur confiance, leur base de connaissances et leurs capacités personnelles et à former les enseignants, assistants sociaux, prestataires de soins, responsables de l'application de la loi et autres membres de la collectivité à répondre plus efficacement aux besoins et inquiétudes des jeunes adolescents.²⁵ La documentation méticuleuse de tels efforts, y compris la recherche de base et les évaluations systématiques de substance, des processus et des issues, sera utile à l'élaboration de la base factuelle de la prochaine génération de politiques et programmes de santé sexuelle et génésique dont dépendra l'avenir de tant de jeunes adolescents.

REMERCIEMENTS

L'information présentée dans ce dossier a été compilée et analysée par Ruth Dixon-Mueller, également auteur de la version originale anglaise de ce rapport. Adrienne Germain, Beth Fredrick, Kate Bourne, Jennifer Kidwell et Cami Hilsendager ont participé à la préparation du rapport. Nous tenons à remercier, pour leur aimable révision, Ann E. Biddlecom (Guttmacher Institute, États-Unis), Shehu Idris (International Centre for Reproductive Health and Sexual Rights - INCREASE, Nigeria), Yara Jarallah, (membre, Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights - YCSRR, Palestine), Shireen Jejeebhoy (Population Council, New Delhi), Laura Villa Torres (Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights - YCSRR, Mexique).

RÉFÉRENCES

- ¹ Erica Chong, Kelly Hallman, and Martha Brady, *Investing When It Counts: Generating the Evidence Base for Policies and Programmes for Very Young Adolescents, Guide and Tool Kit* (New York: Population Council, 2006).
- ² Pan American Health Organization (PAHO), *Youth: Choices and Change* (Washington, DC: PAHO, 2005).
- ³ Population Council, "A summary of selected DHS data on very young adolescents," <http://www.popcouncil.org/gfd/gfdcountries.html> (includes individual country tables).
- ⁴ Anne-Simone Parent et al., "The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity," *Endocrine Review* 24, no. 5 (2003): 668-693; Cynthia B. Lloyd, ed., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries* (Washington DC: National Academies Press, 2005).
- ⁵ J. M. Tanner. *Growth at Adolescent*, 2nd ed. (Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1962).
- ⁶ M. Elizabeth Duncan et al. "First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease," *The Lancet* 335 (Feb. 10, 1990): 338-340.
- ⁷ Cynthia B. Lloyd, ed, *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, (Washington DC: National Academies Press, 2005).
- ⁸ See notes 2 and 5 above.
- ⁹ J. Richard Udry, "Biological limits of gender construction," *American Sociological Review* 65, no. 3 (2000): 443-457.
- ¹⁰ Elizabeth Eggleston, Jean Jackson, and Karen Hardee, "Sexual attitudes and behavior among young adolescents in Jamaica," *International Family Planning Perspectives* 25, no. 2 (1999): 78-84; Rajani and Mustafa Kudrati, "The varieties of sexual experience of the street children of Mwanza, Tanzania," in *Learning About Sexuality: A Practical Beginning*, ed. Sondra Zeidenstein and Kirsten Moore (New York: The Population Council, 1996); Yvonne Szasz, "Masculine identity and the meanings of sexuality: A review of research in Mexico," *Reproductive Health Matters* 6, no. 12 (1998): 97-104; Lisa Remez, "Oral sex among adolescents: Is it sex or is it abstinence?" *Family Planning Perspectives* 32, no. 6 (2000): Special Report.
- ¹¹ Shireen J. Jejeebhoy, Iqbal Shah, and Shayan Thapa, *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries* (London: Zed Books, 2005).
- ¹² Ibid.

- ¹³ Macro International. Demographic Health Surveys, “Statcompiler.” <http://www.measuredhs.com>; Shusheela Singh, Deirdre Wulf, Renee Samara, and Yvette P. Cuca, “Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries,” *International Family Planning Perspectives* 26, no. 1 (2000): 21-28 & 43.
- ¹⁴ Eggleston, Jackson, and Hardee, “Sexual attitudes and behavior,” 78-84; Fatima Juárez and Teresa Castro Martin, “Partnership dynamics and sexual health risks among male adolescents in the favelas of Recife, Brazil,” *International Family Planning Perspectives* 32, no. 2 (2006): 62-70; Deborah A. Cohen et al., “Where and when do youths have sex?” [Southern United States] *Pediatrics* 110, no. 6 (2002).
- ¹⁵ See note 13 above. Eggleston, Jackson, and Hardee, “Sexual attitudes and behavior,” 78-84; Juárez and Castro Martin, “Partnership dynamics and sexual health risks among male adolescents,” 62-70; Ann K. Blanc and Ann A. Way, “Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries,” *Studies in Family Planning* 29, no. 2 (1998): 106-116; Alan Guttmacher Institute (AGI), *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Burkina Faso: Results from the 2004 National Survey of Adolescents*, Occasional Report no. 21 (New York: AGI, 2006); *Ghana* (no.22), *Malawi* (no. 24) and *Uganda* (no. 25).
- ¹⁶ Sabina Faiz Rashid, “Communicating with rural adolescents about sex education: experiences from BRAC, Bangladesh,” in *Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia*, ed. Sarah Bott, Shireen J. Jejeebhoy, Iqbal Shah and Chander Puri (Geneva: World Health Organization, 2003).
- ¹⁷ Paragraphs on adolescence in the Plan of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, 1994 and the five-year review by the United Nations General Assembly; and the Platform for Action of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 1995 and the five-year review by the United Nations General Assembly.
- ¹⁸ Deborah Rogow and Nicole Haberland, “Sexuality and relationships education: Toward a social studies approach,” *Sex Education* 5, no. 4 (2005): 333-344; Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten through 12th Grade*, 3rd ed. (New York: SIECUS, 2004).
- ¹⁹ World Bank, *World Development Report 2007: Development and the Next Generation* (Washington, DC: World Bank, 2007).
- ²⁰ See note 6 above.
- ²¹ Andrea Irvin, *Positively Informed: Lesson Plans and Guidance for Sexuality Educators and Advocates* (New York: International Women’s Health Coalition, 2004); UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People; David A. Ross, Bruce Dick, and Jane Ferguson, eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries* (Geneva: World Health Organization, 2006); Douglas Kirby, B. A. Laris, and Lori Roller, *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics* (Washington, DC: Family Health International and YouthNet, 2006).
- ²² Karl L. Dehne and Gabriele Riedner, *Sexually Transmitted Infections among Adolescents: The Need for Adequate Health Services* (Geneva: World Health Organization, 2005).
- ²³ Douglas Kirby, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*, 2001, <http://www.teenpregnancy.org>.
- ²⁴ Rebecca Cook and Bernard M. Dickens, “Recognizing adolescents’ ‘evolving capacities’ to exercise choice in reproductive healthcare,” *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 70, no. 1 (2000): 13-21.
- ²⁵ UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People; David A. Ross, Bruce Dick, and Jane Ferguson, eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*. (Geneva: World Health Organization, 2006); Sue Alford, Nicole Cheetham, and Debra Hauser, *Science and Success in Developing Countries: Holistic Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections* (Washington, DC: Advocates for Youth, 2005); Judith Bruce and Amy Joyce, eds., *The Girls Left Behind: The Failed Reach of Current Schooling, Child Health, Youth-Serving and Livelihoods Programs for Girls Living in the Path of HIV* (New York: The Population Council, 2006).

POUR EN SAVOIR PLUS :

International Women's Health Coalition
333 Seventh Avenue
New York, NY 10001 USA
+1.212.979.8500
communications@iwhc.org
www.iwhc.org