



Jeunes d'aujourd'hui. Il est temps d'agir.

Engagement ministériel sur l'éducation sexuelle complète et les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes en Afrique orientale et australe

1.0 Préambule

Nous, Ministres de l'éducation et de la santé de 20 pays d'Afrique orientale et australe¹, réunis au Cap (Afrique du Sud), le 7 décembre 2013, œuvrant à une vision des jeunes Africains qui soient des citoyens du monde futur éduqués, en bonne santé, résilients, socialement responsables, des décideurs informés et capables de contribuer à leur communauté, leur pays et leur région :

- 1.1 **affirmons** notre engagement pour le droit des générations présentes et futures de jouir du plus haut niveau de santé, d'éducation, de non-discrimination et de bien-être ;
- 1.2 **reconnaissons** qu'il incombe à l'État de promouvoir le développement humain, y compris une éducation de bonne qualité et une bonne santé, ainsi que de mettre en œuvre des stratégies efficaces pour éduquer et protéger tous les enfants, les adolescents et les jeunes, y compris ceux qui vivent avec un handicap, contre les grossesses précoces et non désirées, les avortements dangereux, les infections sexuellement transmissibles (IST) notamment le VIH, les risques liés à la consommation de drogue, ainsi que de combattre toutes les formes de discrimination et de violation des droits, notamment le mariage des enfants ;
- 1.3 **réaffirmons** notre conviction que les secteurs de l'éducation et de la santé disposent, en conjuguant leurs efforts, d'un formidable potentiel pour promouvoir la bonne santé et le bien-être de tous les individus et de toutes les communautés, prévenir les grossesses précoces et non désirées, prévenir la transmission du VIH et d'autres IST et faciliter l'accès aux soins et à un soutien, en particulier pour les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH ou ceux qui présentent une vulnérabilité accrue aux IST, y compris le VIH ;
- 1.4 **reconnaissons** que nos pays sont signataires de diverses conventions de niveau international et régional, notamment le Cadre d'action de Dakar sur l'Éducation pour tous (EPT), le Plan d'action de Maputo, le Protocole de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) sur le genre et le développement, le Forum mondial des jeunes de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), la Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA et le Plan d'action d'Abuja pour la lutte contre le VIH/SIDA, la Convention des

¹

Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Éthiopie, Maurice, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Seychelles, Soudan du Sud, Swaziland, Zambie, Zimbabwe.
Les Ministères de l'éducation et de la santé du Rwanda ont participé au processus d'engagement des pays d'Afrique orientale et australe, mais n'ont pas pu assister à la réunion ministérielle de haut niveau des 6 et 7 décembre en raison d'autres obligations.

Nations Unies relative aux droits de l'enfant, la Charte africaine de la jeunesse, la Déclaration du Millénaire et le Plan d'action de la deuxième Décennie de l'éducation pour l'Afrique ainsi que de toute une série d'autres déclarations axées sur la région ;

- 1.5 **reconnaissons** les progrès considérables accomplis par les États membres d'Afrique orientale et australe pour répondre aux besoins des adolescents et des jeunes en matière d'accès à une éducation sur le VIH et une éducation sexuelle complète fondées sur des compétences pratiques² et des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes ;
- 1.6 **comprenons** que la région connaît une forte poussée démographique des jeunes, ce qui a de fortes incidences sur l'éducation, la santé et le développement en général. Les jeunes seront le moteur du développement de la région dans les décennies à venir et au-delà ;
- 1.7 **comprenons** que travailler en collaboration avec les ministères concernés, notamment les ministères de l'égalité entre les sexes, de la jeunesse et autres, améliorera considérablement l'efficacité de notre action et permettra une approche coordonnée et multisectorielle qui sera bénéfique aux adolescents et aux jeunes ;
- 1.7 **reconnaissons** que l'Afrique orientale et australe reste la région la plus fortement touchée par le VIH malgré des signes encourageants montrant que la prévalence du VIH diminue chez les jeunes dans certains pays. Elle est aussi plus durement touchée par la mortalité et la morbidité maternelles chez les adolescentes que d'autres régions du monde ;
- 1.8 **nous engageons** à renforcer la prévention du VIH, son traitement, les soins et les services d'accompagnement correspondants ainsi que les efforts en matière de santé sexuelle et reproductive et les droits connexes (SSRD) en Afrique orientale et australe en garantissant l'accès de tous les adolescents et les jeunes à une éducation sur le VIH et la sexualité complète, de bonne qualité, fondée sur des compétences pratiques ainsi qu'à des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes et tenant compte du contexte socioculturel de chaque pays.

2.0 Bien que

2.1 des progrès aient été accomplis en Afrique orientale et australe, des défis de taille persistent :

- 2.1.1 Le VIH reste un problème urgent, avec 430 000 nouvelles infections dénombrées chaque année chez les jeunes de 15 à 24 ans³ ; les jeunes femmes restent les plus durement touchées, et avec une augmentation de 50% des décès parmi les adolescents vivant avec le VIH au niveau mondial⁴ ;
- 2.1.2 Avec l'arrivée des traitements et soins antirétroviraux (ARV), les enfants séropositifs sont plus nombreux à survivre jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte. Les jeunes vivant avec le VIH ont aussi besoin d'une éducation sexuelle complète de bonne qualité, de services et d'un soutien psychosocial afin d'acquérir des compétences pratiques, de faire de bons choix en matière de santé sexuelle et reproductive et de réaliser leur potentiel.

² Par éducation sexuelle, on entend une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifique précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur. L'éducation sexuelle offre la possibilité d'explorer ses propres valeurs et attitudes et de développer des compétences en matière de prise de décision, de communication et de réduction des risques concernant de nombreux aspects de la sexualité. *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*, UNESCO (2009), Paris.

³ Le Comité des droits de l'enfant protège les droits des enfants, des adolescents et des jeunes âgés de moins de 18 ans et le présent document d'engagement prend en considération les jeunes jusqu'à l'âge de 24 ans.

⁴ 6^e Rapport d'inventaire de Children & Aids, UNICEF, New York, 2013

- 2.1.3 L'alcoolisme et la toxicomanie multiplient considérablement les comportements à risque et les violences sexuelles, d'où une augmentation de la transmission du VIH et des IST, des grossesses non désirées ainsi que des avortements non médicalisés et pratiqués hors du cadre de la loi.
- 2.1.4 Bien que la tendance observée dans certains pays soit à une élévation du niveau de connaissance du VIH, globalement ce niveau reste bas dans la région, où on relève chez moins de 40% des jeunes hommes et femmes un niveau de connaissance satisfaisant de la prévention du VIH (par rapport à l'objectif de 95 % convenu au plan international).
- 2.1.5 Les taux d'achèvement de la scolarité restent bas, puisque les jeunes font en moyenne moins de 6,5 années d'étude, et les faibles niveaux de progression de l'enseignement primaire à l'enseignement secondaire sont une préoccupation majeure. Moins d'adolescents et de jeunes ont par conséquent accès à la prévention du VIH et à l'éducation sexuelle complète fondée sur des compétences pratiques avant de devenir sexuellement actifs.
- 2.1.6 Les grossesses précoces et non désirées restent nombreuses en Afrique orientale et australe et, avant l'âge de 17 ans, au moins une jeune femme sur cinq, dans six pays de la région, a commencé à procréer. Ce chiffre grimpe à plus de 35 % chez les jeunes femmes de 19 ans dans 10 pays.
- 2.1.7 Les grossesses comportent des risques élevés pour la santé des adolescentes et s'accompagnent de taux de mortalité supérieurs à ceux des femmes plus âgées. L'Afrique subsaharienne représente 44 % du nombre total d'avortements non médicalisés chez les adolescentes de 15 à 19 ans dans le monde en développement (à l'exclusion de l'Asie de l'Est).
- 2.1.8 Les inégalités entre les sexes continuent de brider le potentiel des filles et de constituer un obstacle à leur réussite dans la région, en raison d'un taux d'achèvement de la scolarité inférieur (ainsi, les filles sont 28% à entrer dans l'enseignement secondaire contre 32% pour les garçons), du mariage des enfants et des normes culturelles qui définissent le rôle des filles et des garçons.
- 2.1.9 La violence basée sur le genre, notamment la violence sexuelle, augment la vulnérabilité à la transmission du VIH et restent un sujet de préoccupation, une proportion élevée de jeunes femmes (entre 15 et 35 %) déclarant avoir subi ce type de violence dans neuf pays d'Afrique orientale et australe où de telles données sont disponibles. Pour beaucoup de filles et de jeunes femmes de la région, la sexualité, le mariage et la grossesse ne sont toujours ni volontaires, ni consensuels, ni informés.
- 2.1.10 Le mariage des enfants reste pour les jeunes un obstacle majeur à l'exercice de leurs droits, notamment pour les adolescentes et les jeunes femmes, et a des effets négatifs directs sur leur éducation, leur santé et leur statut social.
- 2.1.11 La discrimination sous toutes ses formes, notamment fondée sur l'âge, le sexe, l'état de santé, la situation matrimoniale, le statut juridique ou social, dont sont victimes les enfants, les adolescents et les jeunes, y compris dans les groupes marginalisés et les populations clés, porte atteinte à leurs droits et leur dignité⁵.

5

Les populations clés, ou populations clés plus exposées, sont des groupes plus susceptibles que d'autres d'être exposés au VIH ou de le transmettre, dont l'engagement est essentiel à une riposte efficace au VIH. Dans tous les pays, ces populations clés incluent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des contextes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles/transgenres, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients sont plus exposés au VIH que les autres groupes.

2.1.12 La pauvreté et les inégalités économiques ont des conséquences directes et néfastes sur les résultats éducatifs et sanitaires et augmentent la vulnérabilité au VIH.

2.2 Nous reconnaissons que :

2.2.1 l'investissement dans une éducation de qualité qui inclut une éducation sexuelle complète fondée sur des compétences pratiques répond au droit à l'éducation tout en contribuant au bien-être et à la qualité de vie future. Les adolescents et les jeunes âgés de 10 à 24 ans représentent 33 % de la population de la région. Conjugué à la baisse du taux de fécondité qui en résultera, l'investissement dans la santé et l'éducation contribuera à produire des bénéfices démographiques pour l'avenir ;

2.2.2 la religion et l'enseignement religieux sur les questions touchant à la vie, la famille, la communauté, la sexualité et la reproduction occupent une place importante dans les croyances, pratiques et normes de nombreuses communautés de la région ;

2.2.3 les familles, les aidants, les tuteurs et les membres de la communauté jouent un rôle de premier plan en ce qui concerne l'éducation et l'orientation des adolescents et des jeunes dans leur transition vers l'âge adulte ;

2.2.4 la plupart des adolescents et des jeunes de la région déclarent ne pas avoir été sexuellement actifs avant l'âge de 18 ans. Cependant, selon les données d'enquêtes démographiques et de santé menées dans la région, un grand nombre d'adolescents ont eu leur première expérience sexuelle à un âge précoce (avant 15 ans pour 3,3 à 24,5 % des filles) et beaucoup n'utilisent aucune forme de protection contre la grossesse ou les infections sexuellement transmissibles. Il conviendrait d'aider les jeunes à retarder l'âge de leur premier rapport sexuel jusqu'à ce qu'ils choisissent d'être sexuellement actifs et à garantir que cet acte soit volontaire et protégé ;

2.2.5 une éducation sexuelle complète, commençant à l'école primaire, permet l'acquisition progressive des informations et connaissances nécessaires pour développer les compétences et attitudes indispensables à une vie pleine et saine ainsi qu'à la réduction des risques pour la santé sexuelle et reproductive. Les preuves scientifiques les plus récentes démontrent que l'éducation sexuelle complète, notamment à des pratiques sexuelles moins dangereuses et à l'utilisation du préservatif, n'entraîne pas la précocité des rapports. Au contraire, une éducation sexuelle de qualité peut aider à retarder l'âge des premiers rapports, diminuer la fréquence de l'activité sexuelle, réduire le nombre de partenaires sexuels, accroître l'utilisation du préservatif et de la contraception et limiter les prises de risque sexuel⁶. Lorsqu'elle met fortement l'accent sur les droits et le genre, l'éducation sexuelle peut s'avérer plus profitable⁷ ;

2.2.6 pour pleinement exercer leur droit à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive, tous les adolescents et les jeunes, indépendamment de leur genre, ont besoin d'un accès sûr, efficace, acceptable et d'un coût abordable à toute une série de produits et services. Ces services comprennent, sans s'y limiter, les préservatifs, la contraception, la vaccination, la prévention des grossesses, les soins prénataux, l'accouchement sans risque et les soins postnataux, le dépistage, le traitement et les soins contre les IST, y compris le VIH, l'avortement sans risque (lorsqu'il est légal), les soins et le traitement post-avortement, la prise en charge et l'accompagnement à la suite de violences sexuelles. Lorsque la législation sur l'avortement est restrictive, de nombreux

Toutefois, chaque pays devrait définir les populations clés spécifiques à son épidémie et une riposte basée sur le contexte épidémiologique et social. *ONUSIDA (2011), Objectif Zéro, Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015, Genève.*

6

UNESCO (2009), op. cit.

7

Population Council (2009). *It's All One Curriculum* (Un seul programme, guide), New York.

avortements sont pratiqués dans un environnement non réglementé et dangereux qui menace la vie des adolescentes et des jeunes femmes ;

2.2.7 à l'école, comme en dehors, l'éducation sexuelle complète fondée sur des compétences de la vie courante doit s'accompagner et profiter d'un ensemble complet de services et de produits de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes. Des services dispensés par des travailleurs de santé bien formés et bienveillants à l'égard des jeunes ont de meilleures chances d'être utilisés ;

2.2.8 parvenir à une éducation de qualité et de bons résultats de santé grâce à une éducation sexuelle complète exige d'investir dans des enseignants bien formés, disposant de ressources et d'un appui suffisants pour mener des programmes dans le cadre scolaire et extrascolaire. Dans le même temps, les cours d'éducation sexuelle complète doivent s'inscrire dans le programme scolaire formel et faire l'objet d'évaluation des connaissances qui garantissent leur mise en œuvre efficace ;

2.2.9 un ordre du jour plus ambitieux pour la recherche dans la région est nécessaire afin d'améliorer la qualité et l'efficacité du développement de programmes à destination des adolescents et des jeunes, notamment pour la recherche sur le dépistage du VIH et la distribution de préservatifs et autres produits de santé sexuelle et reproductive dans les écoles.

3.0 Compte tenu de ce qui précède, nous, Ministres de l'éducation et de la santé, dirigerons des actions audacieuses pour garantir la qualité de l'éducation globale à la sexualité et des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes en Afrique orientale et australe. Nous nous engageons en particulier à :

3.1 ***Travailler de concert à l'élaboration d'un agenda commun*** pour tous les adolescents et les jeunes afin de dispenser une éducation sexuelle complète et des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes qui renforceront les mesures prises au plan national pour faire face à l'épidémie de VIH, réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH/les IST et de grossesses précoces et non désirées et renforcer les soins et le soutien, en particulier de ceux qui vivent avec le VIH. Mettre en place des mécanismes de coordination intersectoriels pilotés par l'intermédiaire des communautés économiques régionales existantes, la CAE, la SADC et l'ECSA. Ces mécanismes doivent être renforcés et soutenus là où ils existent déjà.

3.2 ***Revoir d'urgence, et amender le cas échéant, les lois et politiques en vigueur relatives à l'âge de consentement, la protection infantile et les codes de conduite des enseignants*** afin d'améliorer l'accès indépendant aux services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes et aussi pour protéger les enfants. Les lois, politiques et pratiques réglementant l'accès à ces services et la protection infantile doivent tenir compte de la nécessité de trouver un équilibre entre protection et autonomie ainsi que de l'évolution des capacités des adolescents lorsqu'ils commencent à faire leurs propres choix concernant leur éducation et leurs besoins de santé.

3.3 ***Faire que la vision d'un avenir sans SIDA devienne une réalité*** en investissant dans des stratégies conjuguées efficaces de prévention afin de tirer parti de la baisse actuelle de la prévalence du VIH chez les jeunes de la région ainsi qu'en s'attaquant aux facteurs structurels sous-jacents tels que la pauvreté et le manque de moyens de subsistance. Des efforts concertés seront faits pour développer les capacités des enseignants, des prestataires de services de santé et des jeunes et particulièrement pour plaider en faveur d'un accroissement du dépistage du VIH et des conseils en la matière, de l'accès aux traitements et du développement des services de SSR convenus comme indispensables, surtout dans les

communautés marginalisées et les zones névralgiques, y compris en milieu non formel et extrascolaire.

- 3.4 **Optimiser l'effet protecteur de l'éducation** par le biais de l'Éducation pour tous en maintenant les enfants et les jeunes à l'école, ce qui réduit le risque de VIH et de mortalité maternelle et améliore l'égalité des sexes, tout en garantissant l'accès à l'éducation aux personnes séropositives, aux adolescentes et aux jeunes femmes susceptibles d'être enceintes.
- 3.5 **Mettre en place et généraliser une éducation sexuelle complète adaptée à l'âge à l'école primaire** afin de s'adresser au plus grand nombre de jeunes avant la puberté, avant que la plupart ne deviennent sexuellement actifs et que n'augmente le risque de transmission du VIH ou de grossesses non désirées. Veiller, à l'aide de normes internationalement convenues, à ce que l'éducation sexuelle complète soit adaptée à l'âge, au sexe et à la culture, fondée sur les droits, et à ce qu'elle inclue des savoirs, des compétences et des valeurs essentiels comme préparation à la vie adulte, aux décisions sur la sexualité, aux relations, à l'égalité des genres, à la santé sexuelle et reproductive et à la citoyenneté⁸. Chaque fois que possible, faire en sorte que les cours d'éducation sexuelle complète fassent partie intégrante du programme scolaire et soient l'objet d'évaluations.
- 3.6 **S'assurer que la conception et l'exécution des programmes d'éducation sexuelle complète et de SSR réservent une large place à la participation des communautés et des familles** – en particulier des adolescents, des jeunes, de la société civile et d'autres structures communautaires, y compris les organisations religieuses. Dans le même temps, il conviendrait de garantir aux adolescents et aux jeunes des espaces sûrs, le droit de plaider leur propre cause, d'être des agents du changement dans leur propre communauté et de recommander des bonnes pratiques et des innovations qui répondent à leurs besoins.
- 3.7 **Intégrer et généraliser des services de SSR et relatifs au VIH adaptés aux jeunes qui tiennent compte des contextes sociaux et culturels** afin d'améliorer l'accès et le recours à des services et des produits de SSR adaptés à l'âge de haute qualité, notamment les préservatifs, la contraception, la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), le conseil et dépistage du VIH, le traitement et les soins contre le VIH/les IST, la planification familiale, l'avortement sans risque (lorsqu'il est légal), les soins post-avortement, l'accouchement sans risque, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et autres services connexes destinés aux jeunes, à l'école comme à l'extérieur.
- 3.8 **Veiller à ce que les services de santé soient adaptés aux jeunes**, exempts de jugement moral et confidentiels, mis à disposition des adolescents et des jeunes quand ils en ont le plus besoin et dispensés dans un respect total de la dignité humaine, y compris aux jeunes considérés comme les plus exposés, les handicapés ou ceux qui subissent des discriminations de toutes formes. Des produits fiables et d'un coût abordable doivent être mis à disposition dans le cadre de l'offre de services par les acteurs du secteur public, du privé et de la société civile.
- 3.9 **Renforcer l'égalité des sexes et les droits** dans l'éducation et les services de santé, notamment par des mesures de lutte contre les violences sexuelles et autres, la maltraitance et l'exploitation en milieu scolaire, extrascolaire et communautaire, tout en veillant à ce que les garçons et les filles, les jeunes hommes et les jeunes femmes bénéficient pleinement et sur un pied d'égalité de services juridiques et autres.
- 3.10 **Mobiliser des ressources nationales et extérieures** en expérimentant des mécanismes de financement nouveaux et originaux et en recherchant le soutien technique et financier de sources nationales et internationales pour honorer les présents engagements.

4.0 Objectifs

Afin de garantir l'efficacité, l'impact et la responsabilité, en œuvrant de concert dans une approche multisectorielle et gouvernementale totale, nous, Ministres de l'éducation et de la santé, affirmons notre détermination à honorer les dix engagements susmentionnés ainsi qu'à atteindre les objectifs ci-après avant la fin 2015

- 4.1 *Mise en place et application d'un cadre de programmes scolaires pour une éducation sexuelle complète de bonne qualité dans chacun des 20 pays.*
- 4.2 *Mise en place et application d'une formation à la santé sexuelle et reproductive et à l'éducation sexuelle complète pour les enseignants, les personnels de santé et les travailleurs sociaux, avant l'emploi et en cours d'emploi, dans l'ensemble des 20 pays.*
- 4.3 *D'ici à fin 2015, diminution de 50 % du nombre d'adolescents et de jeunes n'ayant pas accès à des services de SSR, y compris relatifs aux VIH, adaptés aux jeunes qui soient équitables, accessibles, acceptables, appropriés et efficaces.*

À plus long terme, nous nous emploierons à atteindre les objectifs ci-après avant fin 2020 :

- 4.4 *Consolider les acquis récents et chèrement obtenus dans la réduction du taux de prévalence du VIH en Afrique orientale et australe et viser à l'élimination de tout nouveau cas d'infection par le VIH chez les adolescents et les jeunes âgés de 10 à 24 ans.*
- 4.5 *Porter à 95 % la proportion d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans présentant des niveaux de connaissance exhaustifs sur la prévention du VIH.*
- 4.6 *Réduire de 75 % les grossesses précoces et non désirées chez les jeunes.*
- 4.7 *Éradiquer les violences de genre.*
- 4.8 *Éliminer le mariage des enfants.*
- 4.9 *Porter à 75 % la proportion d'écoles et d'établissements de formation des enseignants dispensant une éducation sexuelle complète.*

5.0 Responsabilisation

- 5.1 Les gouvernements doivent renouveler, accélérer et améliorer la mise en pratique des engagements précédemment pris dans le domaine des droits humains, du VIH et du SIDA, de la santé sexuelle et reproductive et du bien-être des enfants, des adolescents et des jeunes. D'importants efforts seront déployés à destination des principales parties prenantes pour leur faire largement connaître l'existence du présent engagement, de son objet et de ses objectifs, et de leur permettre d'y participer pleinement.
- 5.2 Pour garantir la réalisation des engagements convenus, nous créons par la présente un mécanisme interministériel multisectoriel (aligné sur des systèmes existants ou les utilisant) afin de renforcer la planification et la coordination et de suivre la mise en œuvre de ces engagements. Ces mécanismes nationaux seront convoqués par l'ONUSIDA avec la participation des principales parties prenantes, notamment les gouvernements, la société civile, les jeunes, les partenaires du système des Nations Unies et autres partenaires du

développement. La SADC et la CAE dirigeront le suivi régional de ces engagements, avec l'appui de partenaires du développement.

- 5.3 Nous convenons d'examiner le présent engagement et d'en rendre compte chaque année par le biais de rapports d'étape nationaux lors des sommets de la SADC et de la CAE auxquels participeront les ministres concernés.
- 5.4 Nous convenons d'institutionnaliser des systèmes de suivi et d'évaluation dans nos ministères respectifs et d'améliorer la collecte et la ventilation par âge et par sexe des données au moyen de mécanismes de suivi et d'évaluation existants tels que le SIGE et l'HEMIS. Ces outils seront complétés par des enquêtes périodiques sur l'éducation et l'état de santé des adolescents et des jeunes.

Annexe A

Engagements/déclarations internationaux et régionaux

Éducation

Cadre d'action de Dakar, L'Éducation pour tous 2000

Objectifs du Millénaire pour le développement 2000

SADC Protocol on Education and Training 1997 (Protocole de la SADC sur l'éducation et la formation 1997)

Santé

Déclaration de Maseru 2003

Plan d'action de Maputo 2006

Stratégie africaine de la santé 2007-2015

SADC Sexual and Reproductive Health and Rights Strategy 2006-2015 (Stratégie de la SADC sur les droits et la santé sexuels et reproductifs 2006-2015)

SADC HIV and AIDS Strategic Framework 2010-2015 (Cadre stratégique de la SADC sur le VIH et le SIDA 2010-2015)

Regional Strategic Plan on Sexual and Reproductive Health and Rights in East Africa: 2008-2013 (Plan stratégique régional sur les droits et la santé sexuels et reproductifs en Afrique de l'Est : 2008-2013)

Protocole de la SADC sur le genre et le développement 2008

Déclaration d'Addis-Abeba sur la population et le développement en Afrique après 2014

Droits de l'homme

Convention relative aux droits de l'enfant 1990

Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique 2003

Déclaration solennelle pour l'égalité de genre en Afrique (DSEGA) 2004

Charte africaine de la jeunesse 2006

Plan d'action de la Décennie africaine de la jeunesse 2009-2018

Annexe B

Les pays proclamant cet engagement sont les suivants :

Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Éthiopie, Maurice, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Seychelles, Soudan du Sud, Swaziland, Zambie, Zimbabwe⁹.

⁹ Les Ministères de l'éducation et de la santé du Rwanda ont participé au processus d'engagement de l'Afrique orientale et australe, mais n'ont pas pu assister à la réunion ministérielle de haut niveau des 6 et 7 décembre en raison d'autres obligations.