



YOUNG
PEOPLE
TODAY

IL EST TEMPS
D'AGIR.

TENIR NOTRE PROMESSE POUR LES JEUNES AUJOURD'HUI

Evaluation des progrès 2013-2015

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

TENIR NOTRE PROMESSE POUR LES JEUNES AUJOURD'HUI

2013-2015 Evaluation des progrès

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

Publié par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), 7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France; le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), 605 Third Avenue New York, New York 10158 Etats-Unis; et le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 20, Avenue Appia CH-1211 Genève 27 Suisse.

© UNESCO, UNFPA et UNAIDS 2016

Tous droits de reproduction réservés

Les désignations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'UNESCO, le FNUAP et l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les idées et les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs; elles ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'UNESCO, le FNUAP et l'ONUSIDA et n'engagent en aucune façon l'Organisation.

Révision: Danya-Zee Pedra

Graphiste: Corrie Butler

Crédits photographiques:

Photo de couverture: Shutterstock/Blend Images

Page 22: Taban Robert Aggrey

Page 31: Toby Selander

Page 43: Corrie Butler

Imprimé: Durban, Afrique du Sud

youngpeopletoday.net

Ce rapport est dédié à la mémoire de Taban Robert Aggrey, journaliste du Soudan du Sud qui a dévoué sa vie à défendre la cause des jeunes. Taban, qui faisait des reportages pour le site Web Young People Today, et ce, souvent dans des circonstances très difficiles et complexes, était connu pour sa passion, sa résilience et son engagement envers la jeunesse du Soudan du Sud.



Je suis un journaliste passionné et j'aime ce que je fais. Le rôle important que les médias jouent dans notre communauté me motive, surtout lorsqu'il s'agit d'impliquer les jeunes dans l'éducation sexuelle dans un pays qui est confronté à la fois à une forte prévalence du VIH et à un taux de scolarisation très faible. Les gens me disent que je dois quitter mon emploi actuel pour en trouver un autre moins risqué; je comprends leur inquiétude. Des gens se font arrêter, torturer et tuer tous les jours au Soudan du Sud pour avoir fait ce que je fais. Mais je leur dis toujours que la mort n'a pas d'échappatoire.



Taban est décédé le 3 mai 2016.

Table des matières

Acronymes	8
Remerciements	9
Avant-propos	10
Ce que l'engagement de l'AOA signifie pour moi	11
Synthèse	12
Chapitre 1: Introduction	16
1.1 Le statut des jeunes en Afrique orientale et australe	17
1.2 L'engagement ministériel de l'Afrique orientale et australe	18
1.3 Rapport d'étape 2015 de l'engagement de l'AOA	22
Chapitre 2: Politique, coordination et partenariats	23
2.1 L'environnement politique de la mise en œuvre de l'engagement de l'AOA	24
2.2 Coordination et gestion de l'engagement de l'AOA	26
2.3 Partenariats stratégiques	27
2.4 Participation de la société civile à l'engagement de l'AOA	28
2.5 Implication significative des jeunes	30
2.6 Enseignements tirés de la coordination et de la gestion de l'engagement de l'AOA	31
Chapitre 3: Examen de deux ans de progrès (2013-2015)	32
3.1 Cible 1	33
3.2 Cible 2	38
3.3 Cible 3	40
3.4 Leçons tirées de deux ans d'action	43
Chapitre 4: Le cheminement vers l'impact et la progression vers les cibles 2020	44
4.1 Nouvelles infections par le VIH chez les adolescents et les jeunes	45
4.2 Connaissances sur le VIH et le sida chez les jeunes	46
4.3 Grossesses chez les adolescentes	47
4.4 Violences liées au genre	48
4.5 Mariages d'enfants	49
Chapitre 5: Conclusion	50
Annexe: Rapport de pays	52

Acronymes

AAI	AIDS Accountability International
AfriYAN	Réseau africain des jeunes et adolescents sur la population et le développement
AOA	Afrique orientale et australe
AVVIH	Adolescents vivant avec le VIH
AYAS	Groupe des parties prenantes jeunes et adolescentes
BMZ	Ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement
CADBE	Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant
CAE	Communauté de l'Afrique de l'Est
CDV	Conseil et dépistage du VIH
CER	Communauté économique régionale
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
COMESA	Marché commun d'Afrique orientale et australe
DDC	Direction suisse du développement et de la coopération
EANNASO	Réseau des organisations de lutte contre le sida en Afrique de l'Est
EDS	Enquête démographique et de santé
ESC	Éducation sexuelle complète
ESCA	Communauté de santé d'Afrique orientale, centrale et australe
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
GCT	Groupe de coordination technique
GHN	Groupe de haut niveau
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GPE	Partenariat mondial pour l'éducation
HEMIS	Système d'information pour la gestion de la santé
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
IST	Infection sexuellement transmissible
MdE	Ministère de l'Éducation
MdS	Ministère de la Santé
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la société civile
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RDC	République démocratique du Congo
REPSSI	Initiative pour un soutien psychosocial régional
S&E	Suivi et évaluation
SACMEQ	Consortium de l'Afrique australe et orientale pour le pilotage de la qualité dans l'éducation
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SAfAIDS	Service de diffusion de l'information sur le sida en Afrique australe
SERAT	Outil d'examen et d'évaluation de l'éducation sexuelle
SIGE	Système d'information pour la gestion de l'éducation
SSAAJ	Services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRA	Santé sexuelle et reproductive des adolescents
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VLG	Violence liée au genre
VSLG	Violences scolaires liées au genre
ZINGO	Groupe œcuménique de mise en réseau sur le VIH/sida en Zambie

Remerciements

Ce rapport a bénéficié d'un grand nombre de contributions recueillies auprès des 21 pays de l'AOA par le biais des rapports nationaux. Nous remercions particulièrement les partenaires clés au sein des gouvernements, de la société civile et de l'ONU qui étaient impliqués dans l'élaboration et la validation des rapports nationaux.

À l'échelle régionale, nous sommes reconnaissants pour les contributions et les commentaires précieux apportés par le personnel de l'ONU: Patricia Machawira, Victoria Kisaakye Kanobe, Corrie Butler, Sandisile Tshuma, Brian Ngandu-Mutale et Mwansa Njelesani-Kaira (UNESCO); Asha Mohamud, Maria Bakaroudis, Renata Tallarico et Maja Hansen (FNUAP); ainsi que Jyothi Raja Nilambur Kovilakam, James Guwani, Jane Kalweo, Jacqueline Makokha et Amala Reddy (ONUSIDA). Chris Castle, Joanna Herat et Jenelle Babb du siège de l'UNESCO ont également révisé et commenté ce rapport. Nous remercions également Josee Koch qui a préparé l'avant-projet initial de ce rapport.

Le rapport 2015 de l'AOA a par ailleurs bénéficié de contributions rassemblées lors d'une réunion du groupe technique de coordination à Johannesburg les 3-4 mars 2016. Les partenaires présents lors de cette réunion incluaient les représentants régionaux des gouvernements de l'Afrique du Sud et de l'Ouganda, l'ONUSIDA, l'UNESCO, le FNUAP, l'UNICEF ainsi que la Communauté de l'Afrique de l'Est (CAE), la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), le Marché commun d'Afrique orientale et australe (COMESA), la Fondation Ford, la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), la Direction suisse du développement et de la coopération (DDC), le Réseau africain des jeunes et adolescents sur la population et le développement (AfriYAN), AIDS Accountability International (AAI), le Réseau des organisations de lutte contre le sida en Afrique de l'Est (EANNASO), le Service de diffusion de l'information sur le sida/VIH en Afrique australe (SAFAIDS), et l'Initiative pour un soutien psychosocial régional (REPSI).

L'UNESCO tient à exprimer sa reconnaissance pour la participation et l'appui financier du Ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement (BMZ), la DDC, les gouvernements de la Suède et de la Norvège, ainsi que la Fondation FORD.

Les partenaires régionaux et les supporters de l'engagement de l'Afrique orientale et australe sont notamment:



Reconnaissance particulière aux généreux soutiens de:



Avant-propos

Chaque jeune personne a le droit de vivre une vie remplie et en bonne santé. En tant que gouvernements, agences de développement, société civile, dirigeants de communauté et parents, nous avons le devoir de préparer et de soutenir les adolescents et les jeunes en leur apportant les bonnes informations et les compétences nécessaires pour prendre des décisions sûres et saines concernant leur vie et leur avenir.

Imaginez deux scénarios. Dans l'un, une adolescente a peu ou pas d'accès à l'éducation sexuelle complète (ESC) ou aux services et droits à la santé sexuelle et reproductive (SSR). Elle est forcée de quitter l'école suite à une grossesse involontaire ou pour aider sa famille à gagner sa vie. Elle n'est pas libre de choisir quand se marier, combien d'enfants avoir, ou quand les avoir. Elle peut souffrir d'une maladie, d'une blessure, risque même de mourir suite à l'accouchement. Elle n'a pas d'opportunités d'emploi décent et elle ne peut pas subvenir convenablement aux besoins de ses enfants. Finalement, des années plus tard, elle doit faire face à l'insécurité dans ses vieux jours. Elle est non seulement incapable de contribuer au potentiel de son pays lorsqu'il s'agit de tirer parti du dividende démographique, mais elle est aussi incapable de réaliser son plein potentiel et sa valeur en tant que citoyenne et être humain – une tragédie bien plus grande.

Dans l'autre scénario, cette adolescente a accès à l'éducation sexuelle complète et aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) dont elle a besoin, dans un environnement qui lui permet de faire des choix judicieux et éclairés. Elle termine sa scolarité et elle peut choisir qui épouser lorsqu'elle est prête. Elle décide combien d'enfants avoir et elle reste en bonne santé pendant ses grossesses. Elle est protégée des violences liées au genre (VLG) et du déplacement forcé. Elle dispose d'opportunités d'emploi lucratif et satisfaisant. Elle réalise son vrai potentiel et sa valeur, en tant que fille, femme, citoyenne, être humain. Cela garantit ainsi que celle qui est une adolescente aujourd'hui réalise demain un « double dividende », c'est-à-dire démographique et démocratique.

Pour bon nombre de jeunes d'Afrique orientale et australe, le premier scénario décrit une réalité vécue. C'est pour cela que le 7 décembre 2013, à Capetown, en Afrique du Sud, la région a assisté à un moment historique lorsque les Ministres de l'Éducation et de la Santé de 20 pays de l'AOA se sont rassemblés pour déterminer et affirmer leur engagement en faveur de résultats de santé améliorés pour les adolescents et les jeunes. Cet engagement marquant, qui reconnaît l'importance des droits de SSR des jeunes de la région, est rapidement devenu une plateforme pour encourager la collaboration entre les secteurs et pour harmoniser les efforts relatifs aux échelles locale, nationale et internationale. Il promeut également l'élan politique autour de quatre résultats clés concernant les adolescents et les jeunes: réduire les infections par le VIH; réduire les grossesses précoces et involontaires; réduire les violences liées au genre; et éliminer les mariages d'enfants.

Nous observons certes, un réel et courageux leadership d'actions communes et coordonnées dans certains pays de la région, mais nous avons besoin de cet élan pour les élargir. Tandis que la fenêtre de dividende démographique s'ouvre toujours plus dans la région, nous espérons que les gouvernements saisiront ce moment historique pour garantir une vie digne à tous, ne laissant personne pour compte.

Allons de l'avant et passons à l'action pour les jeunes aujourd'hui. Le moment d'agir est venu !



Pr Sheila Tlou

Directrice régionale
Équipe de soutien régional de l'ONUSIDA pour
l'Afrique de l'Est et australe



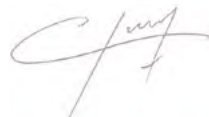
Dr Julitta Onabanjo

Directrice régionale
Bureau régional du FNUAP pour l'Afrique
orientale et australe



Pr Hubert Gijzen

Directeur et représentant régional
Bureau régional de l'UNESCO pour l'Afrique
orientale



M. Mohamed Djelid

Directeur et représentant régional
Bureau régional de l'UNESCO pour l'Afrique
orientale

Ce que l'engagement de l'AOA signifie pour moi

Lebogang Brenda Motsumi, 27 ans, jeune militante sud-africaine, membre du Réseau africain des jeunes et adolescents sur la population et le développement.

“Aujourd’hui, j’ai dédié ma vie à garantir que mon histoire ne se répète pour personne. Je veux que les jeunes racontent une nouvelle histoire: celle de jeunes africains qui sont autonomes et instruits; celle d’adolescents qui sont soutenus et non pas ridiculisés; celle de femmes qui ont la tête haute et qui prennent des décisions éclairées pour leur vie.”

Nous avons tous une histoire à raconter et chaque histoire nous marque et nous façonne. C’est ce à quoi nous attachons de la valeur et ce que nous croyons, ce que nous défendons et la façon dont nous prenons les décisions, qui affecte notre vie.

Mon histoire commence lorsque j’étais enfant. En grandissant, j’avais peu de confiance et d’estime en moi-même. Mon insécurité n’a fait que s’accroître lorsque j’ai atteint l’adolescence. Comme beaucoup de filles, je faisais comme les autres pour m’intégrer. À 14 ans, je buvais déjà, je faisais la fête et je séchais les cours. J’avais même perdu ma virginité. Après qu’une de mes amies m’avait raconté sa première expérience sexuelle, j’étais allée faire la même chose, sans avoir pensé aux conséquences.

Je menais ma vie en cherchant l’approbation de mes amis et des hommes que je fréquentais. Je ne pensais jamais à la possibilité de tomber enceinte, et c’est ce qui m’est arrivé quand j’avais 16 ans. Terrifiée de la tournure que ma vie prendrait, je savais que je ne pouvais pas avoir cet enfant et à sept mois, j’ai essayé d’interrompre la grossesse dans une clinique clandestine. Je n’y ai pas réussi. Plus tard, j’ai donné naissance à un bébé prématuré qui n’a pas survécu.

Après cela, je savais que je devais faire plus attention alors je suis allée à la clinique pour me procurer un moyen de contraception. Au lieu de me soutenir, les infirmières m’ont demandé pourquoi j’avais des rapports sexuels. Cela m’a découragée de retourner dans une clinique. Je suis tombée

enceinte trois autres fois, et j’ai interrompu chacune de ces grossesses. Je me servais de l’interruption de grossesse comme méthode de contraception. Est-ce que j’avais entendu parler des préservatifs ? Oui ! Non seulement j’avais peur de retourner dans une clinique, mais je ne savais pas non plus comment négocier avec l’homme que je fréquentais pour utiliser un préservatif avant les rapports – « c’était sa responsabilité », ou du moins, c’est ce que je croyais.

Lorsque j’avais 17 ans, j’ai rencontré un homme qui a changé ma vie. C’était une personnalité locale, une star du kwaito – et j’adorais être à ses côtés à toutes sortes de fêtes et événements. Je croyais vivre un rêve. J’ai fini par avoir des rapports non protégés avec lui, ce qui s’est avéré être la plus grande erreur de ma vie. Deux ans plus tard, j’ai appris qu’il était séropositif et qu’il le savait depuis le début. J’ai refusé de me faire dépister car j’étais dans le déni – je croyais que j’étais au-dessus du virus et qu’il ne touchait que ceux qui couchaient à droite et à gauche ou venaient d’un milieu pauvre.

En 2009, je suis à nouveau tombée enceinte et j’ai accouché d’une petite fille. Peu après, on m’a opérée d’urgence et j’ai perdu mon utérus, ce qui d’après moi est lié aux nombreuses et dangereuses interruptions que j’ai faites.

Je suis convaincue que si j’avais reçu une éducation sur mes droits et la façon de bien exprimer ma sexualité, j’aurais eu les compétences pour négocier l’utilisation des préservatifs. Si, en grandissant, j’avais eu accès à des services de santé adaptés aux jeunes, je serais devenu quelqu’un de très différent aujourd’hui. Je serais peut-être diplômée, j’aurais toujours mon utérus, et je serais même séronégative.

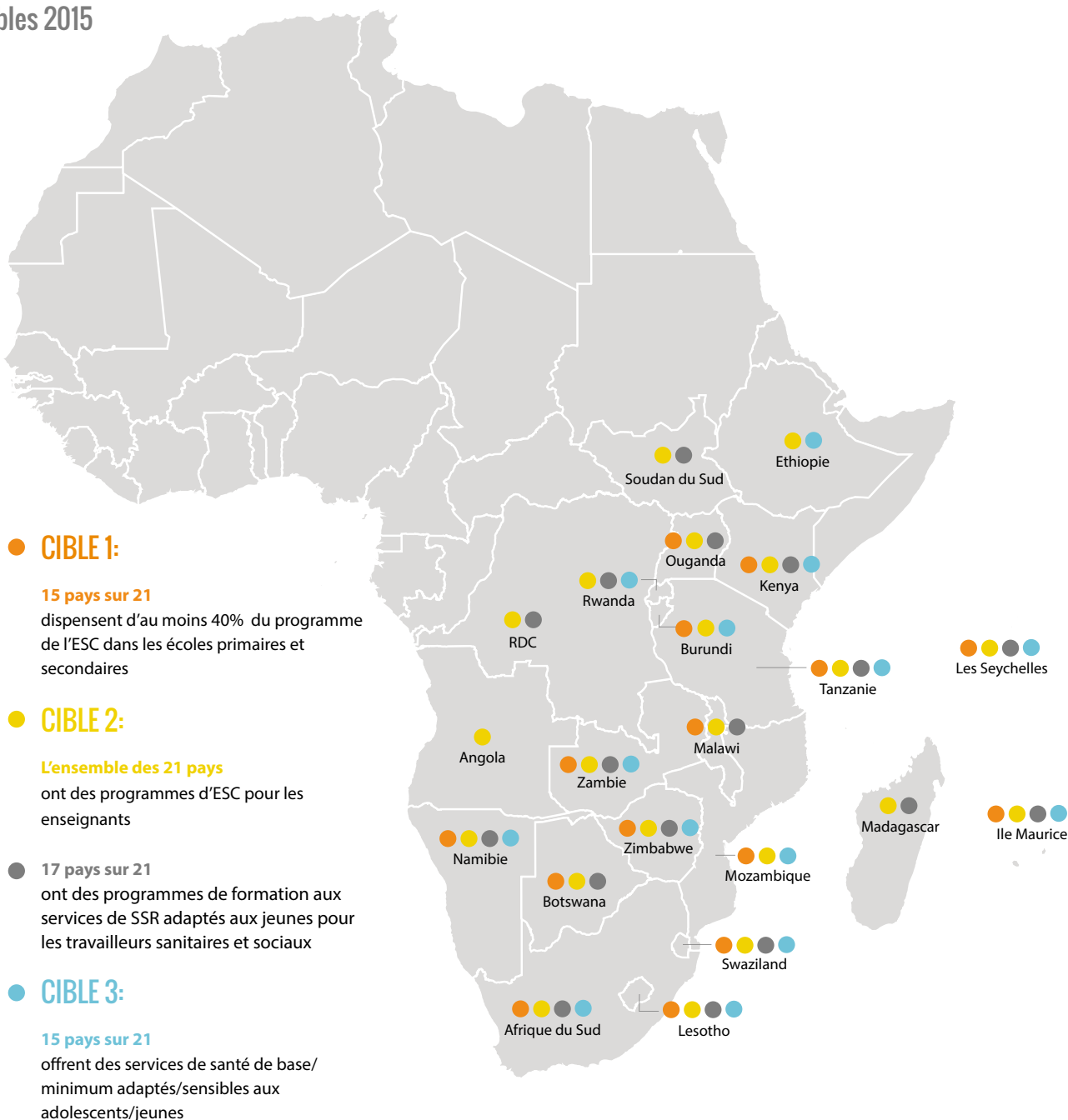
Je considère l’engagement de l’AOA comme la solution que nous attendons depuis longtemps. Il symbolise une nouvelle histoire pour les jeunes d’aujourd’hui.

Synthèse

Le 7 décembre 2013, à Cape Town, en Afrique du Sud, les Ministres de l'Éducation et de la Santé de 20¹ pays de l'Afrique orientale et australe (AOA) ont convenu de collaborer pour réaliser leur vision de voir les jeunes africains devenir les citoyens mondiaux de l'avenir, instruits, en bonne santé, résilients, socialement responsables, des décideurs éclairés capables de contribuer au développement de leur communauté, de leur pays et de leur région. Ils ont affirmé leur engagement pour que les générations présentes et futures puissent jouir, au plus haut niveau, de leur droit à la santé, à l'éducation, à la non-discrimination et au bien-être. L'engagement ainsi adopté comportait deux ensembles de cibles respectivement à atteindre en 2015 et en 2020.

A la fin de 2015, des progrès considérables associés aux cibles de l'engagement étaient visibles dans plusieurs pays de l'AOA, et ceux, grâce aux actions concertées des gouvernements, de la société civile et des partenaires du développement au niveau national et régional. Ce rapport présente les progrès réalisés pendant deux ans de mise en œuvre (2013-2015) et démontre qu'avec des interventions bien orientées, des stratégies solides, des ressources adéquates et de la volonté politique, les cibles de l'engagement de l'AOA sont à notre portée. Les données présentées ont été obtenues et validées par le biais d'un processus de compte-rendu national multisectoriel, comme stipulé par les mécanismes de coordination respectifs de l'engagement de l'AOA.

Cibles 2015



¹ Les 20 pays présents lors de la réunion de l'engagement de l'AOA à Cape Town en décembre 2013, plus le Rwanda.

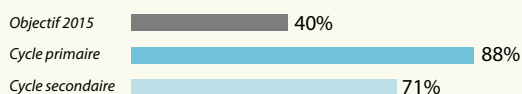
Présentation des cibles de l'engagement de l'AOA

CIBLE 1: D'ici à 2015, un cadre de programmes scolaires pour une éducation sexuelle complète de bonne qualité est mis en place et appliqué dans chacun des 20² pays.



Objectif atteint et excédée

Indicateur: % d'écoles ayant dispensé une éducation sexuelle axée sur le VIH et sur les compétences pour la vie courante au cours de la dernière année scolaire



Indicateur: Nombre de pays ayant instauré un cadre ou une stratégie nationale d'ESC pour les jeunes non scolarisés



- L'engagement ministériel de l'AOA a mis un coup de projecteur sur l'éducation sexuelle. Deux ans après son approbation, la région a connu un accroissement de l'adhésion au concept d'éducation sexuelle.
- 15 pays sur 21² ont intégré au mois 40% du programme de l'ESC dans les primaires, et 6 pays sont en train de le mettre en place.
- 12 pays sur 21 ont intégré au mois 40% du programme de l'ESC dans les écoles, et secondaires, et 9 pays sont en train de le mettre en place. 16 pays sur 21 ont des politiques ou stratégies relatives à l'éducation sexuelle pour les jeunes non scolarisés.

La plupart des pays incluent maintenant l'ESC au programme d'enseignement scolaire, mais plusieurs ne l'ont pas encore fait à grande échelle, ce qui est souvent le cas dans le contexte de vastes réformes du programme. Par ailleurs, là où l'ESC est mise à l'échelle, il faut encore renforcer la qualité du message pour veiller à ce que les sujets essentiels soient inclus et enseignés tôt (avant les premiers rapports sexuels). Enfin, il faut renforcer les programmes destinés aux jeunes non scolarisés.

CIBLE 2: Des formations initiale et continue à la SSR et à l'ESC sont mises en place et appliquées pour les enseignants, les personnels de santé et les travailleurs sociaux dans l'ensemble des 20 pays.

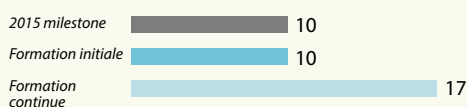


Objectif atteint et excédée

Indicateur: % d'écoles où se trouvent des enseignants formés et qui ont dispensé une éducation sexuelle axée sur le VIH et sur les compétences pour la vie courante au cours de la dernière année scolaire



Indicateur: Nombre de pays offrant et ayant mis en œuvre des programmes de formation initiale et/ou continue sur la façon de dispenser les services adaptés aux adolescents/jeunes



- 10 pays sur 21 ont des programmes de formation sur l'ESC destinés aux enseignants en mode formation initiale.
- Tous les pays ont inséré dans les programmes de formation continue destinés aux enseignants celui de l'ESC
- 10 pays sur 21 ont des programmes de formation sur la façon de dispenser les services de SSR adaptés aux adolescents et aux jeunes, destinés aux professionnels de la santé et aux travailleurs sociaux en mode formation initiale.
- 17 pays sur 21 ont des programmes de formation sur la façon de dispenser les services de SSR adaptés aux adolescents et aux jeunes, destinés aux professionnels de la santé et aux travailleurs sociaux en mode formation continue.

Améliorer les efforts entrepris pour habiliter les enseignants à transférer les connaissances et les compétences au moyen de pratiques efficaces reste une priorité. Plus de travaux sont nécessaires pour garantir à ce que les supports de formation des professionnels de la santé soient pleinement alignés sur les normes de l'OMS et qu'ils soient institutionnalisés au sein des ministères de la Santé.

CIBLE 3: D'ici à la fin 2015, diminuer de 50% le nombre d'adolescents et de jeunes n'ayant pas accès aux services de SSR, y compris aux VIH. Des services adaptés aux jeunes et qui soient équitables, accessibles, acceptables, appropriés et efficaces.



Objectif atteint et excédée

Indicateur: Nombre de pays ayant instauré une stratégie ou un plan national d'ESC, avec un budget pévionnel, visant à améliorer l'accès des jeunes non scolarisés aux SSAAJ, et conforme aux normes régionales/internationales



Indicateur: % de pays offrant un minimum de services de SSR de base adaptés aux jeunes



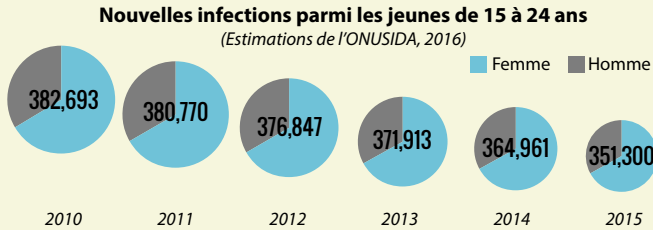
- 15 pays sur 21 offrent des services de SSR de base adaptés aux jeunes.

Le degré de synergie et de mise en œuvre des normes nationales selon les directives de l'OMS peut varier au sein des pays et entre eux, et des examens récents ont révélé des progrès limités sur le plan de l'amélioration de la prestation des services, en particulier auprès des populations les plus vulnérables et marginalisées. Par conséquent, les jeunes continuent de faire face à des obstacles lorsqu'ils veulent accéder aux services de SSR. Ces obstacles incluent des lois contradictoires, la crainte et la honte, la stigmatisation, les attitudes négatives des professionnels de la santé et le manque d'information quant au lieu et à la nature des services disponibles.

² Les 20 pays présents lors de la réunion de l'engagement de l'AOA à Cape Town en décembre 2013, plus le Rwanda.

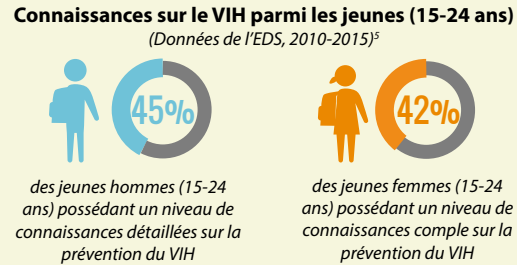
Progrès réalisés vers les cibles 2020

CIBLE 4: Consolider les gains récents et durement acquis en matière de baisse de la prévalence du VIH en AOA, et tendre vers l'élimination de toutes les nouvelles infections par le VIH parmi les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans



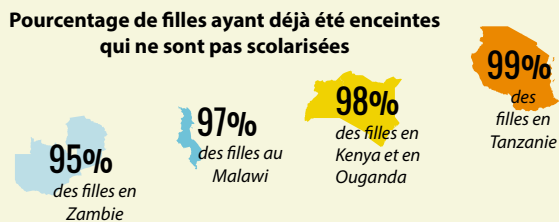
Bien que les nouvelles infections par le VIH soient en déclin dans la région, cette baisse reste non satisfaisante. Un nombre considérable de jeunes, principalement des adolescentes et des jeunes femmes, continuent d'être nouvellement infectées. L'ONUSIDA a noté qu'en tant que population clé, les adolescentes et les jeunes femmes risquent fortement de ne pas être prises en compte par les réponses au sida. Alors que les tendances de la région montrent des baisses significatives des comportements à risque, les jeunes femmes et les filles continuent d'éprouver des difficultés à gérer ces risques du fait du déséquilibre de pouvoir.

CIBLE 5: Porter à 95% la proportion d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans possédant un niveau de connaissances détaillées sur la prévention du VIH



Une modeste amélioration de la connaissance des jeunes sur le VIH à l'échelle mondiale a été constatée, et celle-ci est surtout visible dans l'Est et du Sud Afrique. En 2014, bon nombre de jeunes de la région ont été informés sur le VIH qu'il y a d'une décennie. Cependant, la majorité des jeunes manquent encore de connaissances suffisantes sur la transmission du VIH et les jeunes femmes qui sont moins susceptibles que les jeunes hommes, ont des connaissances précises et complètes sur la transmission du VIH.

CIBLE 6: Réduire de 75 % les grossesses précoces et involontaires chez les jeunes



Le taux de grossesse précoce et involontaire parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans reste élevé dans la région, allant de 39% en Tanzanie à 59% au Kenya. Ce phénomène découle largement d'un manque d'accès aux méthodes de contraception dû à des facteurs comme l'opposition culturelle et religieuse, la mauvaise qualité des services disponibles, les obstacles liés au genre et le désaccord du conjoint. Une grossesse signifie presque toujours la fin de l'éducation des filles, et au moins 95% des filles ayant été enceintes ne sont plus scolarisées dans quatre pays étudiés.

CIBLE 7: Éliminer les violences liées au genre



Les violences liées au genre restent élevées dans tous les pays. Les violences sexuelles accroissent le risque d'infection des filles par le VIH et elles se répercutent sur les résultats d'éducation et de santé des femmes et de leurs enfants. Dans les pays d'Afrique australe, où une fille sur trois a déjà été forcée d'avoir des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans, une part très importante de la population a très peu de pouvoir lorsqu'il s'agit de prendre des décisions quant à sa santé sexuelle. En outre, les jeunes subissent les violences et le harcèlement à l'école, autour d'elle ou en chemin.

CIBLE 8: Éliminer les mariages d'enfants

La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant interdit le mariage de tout mineur de moins de 18 ans. Toutefois, dans la majorité des pays de la région de l'AOA, le droit traditionnel ou coutumier continue d'approuver le mariage précoce et plus du tiers des femmes âgées de 20 à 24 ans (6,5 millions de femmes) ont été mariées ou engagées dans une union avant l'âge de 18 ans. Le mariage d'enfants est associé à un taux plus élevé de grossesse chez les adolescentes, ce qui implique que les jeunes filles doivent prendre soin de beaucoup d'enfants tandis qu'elles sont elles-mêmes jeunes.



³ Estimation 2015 de l'ONUSIDA pour les pays de l'AOA. Certaines données sont absentes pour la RDC, le Burundi, l'Éthiopie le Soudan du Sud (2013) et les Seychelles.

⁴ ONUSIDA. 2015. *How AIDS changed everything, MDG6; 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response*. Genève, Suisse.

⁵ Les données des EDS les plus récentes pour la période 2010-2014, dans 12 pays de l'AOA notamment le Burundi (EDS de 2010); la RDC (EDS de 2013-14); l'Éthiopie (EDS de 2011); le Kenya (EDS de 2014); le Malawi (EDS de 2010); le Mozambique (EDS de 2011); la Namibie (EDS de 2013).

⁶ Birungi H. et al. 2015. *Education Sector Response to Early and Unintended Pregnancy: A Review of Country Experiences in Sub-Saharan Africa*.

⁷ Ford Foundation and HIVOS. 2016. *Draft Briefing Note for SADC Meeting: Sexual and Reproductive Health and Rights and the Sustainable Development Goals*.

⁸ Anderson N. 2006. *Prevention for those who have freedom of choice – or among the choice-disabled: confronting equity in the AIDS epidemic*.

Recommandations

Malgré les progrès considérables réalisés pour atteindre les cibles à court terme de l'engagement de l'AOA, des travaux sont encore nécessaires pour réaliser les cibles 2020.

1

Coordination et gestion de l'engagement de l'AOA:

L'engagement de l'AOA constitue une plateforme d'actions pour aborder des cibles de l'AOA, mais le leadership et l'appropriation par les pays constituent un facteur de réussite essentiel; cela permet d'assurer une réponse coordonnée et une allocation de ressources intérieures. Il faut également veiller à ce que les stratégies de réalisation des cibles soient intégrées aux plans de travail des pays et que leur budget soit estimé. Les pays doivent donner la priorité aux travaux intersectoriels (éducation, santé, genre, justice et jeunesse) pour soutenir les actions communes, tout en augmentant le financement intérieur pour les programmes de SSR des jeunes.

2

Accélérer la prestation de l'ESC et des services de SSR adaptés aux jeunes:

La prestation et l'accès à une ESC de qualité pour tous les adolescents et les jeunes à l'école et en dehors doivent être renforcés. De même, les services adaptés aux adolescents et aux jeunes doivent être assurés dans toutes les cliniques et tous les hôpitaux, et il faut offrir des services comme des cliniques mobiles pour tenir compte des horaires et disponibilités des adolescents et des jeunes scolarisés.

3

Engagement des parents et des communautés:

Au regard de leur rôle influent quant à l'accès des jeunes à l'éducation sexuelle et aux services de SSR, l'engagement des parents et des communautés reste crucial. Il est nécessaire de mettre au point des stratégies créatives pour travailler « avec » et « par le biais » des jeunes pour toucher leurs parents, communiquer avec les chefs traditionnels et religieux au sujet des programmes, et ouvrir le dialogue sur les principes religieux essentiels.

4

Participation des jeunes:

Il est crucial que les besoins de tous les jeunes, y compris les plus marginalisés et les plus vulnérables, soient pris en compte dans la mise au point et la mise en œuvre de toutes les politiques et programmations concernées en veillant à ce qu'ils soient consultés et capables de représenter leurs besoins.

5

Donner la priorité aux adolescentes et aux jeunes femmes:

Les gouvernements, les partenaires du développement et les autres parties prenantes doivent investir dans les programmes encourageant les filles à rester à l'école; veiller à ce que les écoles soient des lieux d'apprentissage sûrs et équitables; soutenir l'accès des jeunes aux services de SSR; faire appliquer les lois pour l'élimination des mariages d'enfants; et renforcer les systèmes de protection des enfants, en insistant sur une réforme juridique et le renforcement des normes qui éliminent la discrimination liée au genre. Parallèlement, il convient de orienter les efforts vers l'implication des garçons et des hommes car ils influencent de manière critique la réalisation des droits des filles et des femmes.

Comment l'Afrique orientale et australe peut-elle transformer ses 158 millions de jeunes en 158 millions d'opportunités?

Les pays devront continuer à travailler ensemble pour voir les jeunes africains devenir des citoyens mondiaux de l'avenir, autonomes, instruits, en bonne santé, résilients, socialement responsables, des décideurs éclairés, capables d'atteindre leur plein potentiel et de contribuer au développement de leur communauté, de leur pays et de leur région.



CHAPITRE 1

INTRODUCTION

1.1 Le statut des jeunes en Afrique orientale et australe

L'Afrique orientale et australe (AOA) compte 158 millions de jeunes entre 10 et 24 ans, un nombre qui est prévu de passer à 281 millions d'ici 2050. L'amélioration de l'éducation et de la santé publique sera extrêmement bénéfique pour la santé et le développement de ces jeunes. Pour la plupart d'entre eux, cette période de leur vie est l'empreinte d'une infinie vitalité, de découvertes, d'innovation et d'espoir. Pourtant, c'est aussi une période où ils font face à beaucoup de défis d'ordre santé reproductive et sexuelle, notamment les grossesses précoces et involontaires, le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST), les violences liées au genre (VLG) et les mariages d'enfants, lesquels peuvent saper les possibilités de scolarisation, particulièrement chez les filles, et affecter leur santé et leurs futures opportunités. Ainsi, investir dans l'enseignement et dans la santé des adolescents et des jeunes au moment opportun leur permet de devenir des adultes en bonne santé et capables de contribuer à l'économie de manière productive⁹.

En 2014, presque la moitié des 2 millions de nouvelles infections estimées dans le monde se sont produites en Afrique orientale et australe, où les adolescentes et les jeunes femmes contractent souvent le VIH cinq à sept ans plus tôt que leurs homologues masculins¹⁰. En outre, le sida est la première cause de décès chez les adolescentes de cette région, raison pour laquelle, protéger les adolescentes et les jeunes femmes du VIH/sida est essentiel à leur bien-être, à leur santé, à la santé de leurs familles et de leurs communautés, et à l'avenir de leur pays.

Dans la région de l'AOA, le niveau de connaissance sur le VIH/sida est bien inférieur à l'objectif de 95% défini lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida en 2001. Or, s'ils manquent de connaissances, les jeunes sont mal équipés pour prendre des décisions saines et sûres concernant leur santé sexuelle. En revanche, même si elles constituent un fondement capital, les connaissances en elles-mêmes sont insuffisantes pour changer les comportements et réduire le risque d'infection par le VIH. En effet, elles doivent être associées aux bonnes compétences et attitudes, qui peuvent être enseignées et développées grâce à une éducation sexuelle complète (ESC) de qualité¹².

Le manque de connaissances détaillées en matière de SSR et d'accès aux services est en forte corrélation avec les grossesses précoces chez les adolescentes. Les grossesses précoces et involontaires représentent un problème de santé publique majeur en Afrique subsaharienne, où les adolescentes (15-19 ans) connaissent le taux de grossesses le plus élevé au monde¹³, en grande partie du fait que le sexe, le mariage et la grossesse ne sont souvent pas volontaires ou consentis pour les filles, et que beaucoup d'entre elles n'ont pas accès aux informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées.

Les violences contre les adolescents et les jeunes ne sont pas rares dans la région de l'AOA et elles vont de la violence physique et sexuelle à la mutilation génitale féminine et au mariage d'enfants, en passant par le harcèlement. Même si les violences sexuelles affectent tous les enfants, les filles sont particulièrement vulnérables à cause des normes liées au genre qui encouragent les hommes à se montrer agressifs d'une part, et les femmes à n'avoir que peu de contrôle sur leur corps et leur sécurité d'autre part. Les filles qui subissent des violences sexuelles courent un risque plus élevé d'infection par le VIH, et du fait qu'elles sont généralement incapables d'exercer leur pouvoir pour prendre des décisions préventives et les appliquer, elles sont aussi souvent incapables de participer aux programmes de prévention du sida¹⁴.

Par ailleurs, les filles font face au problème des mariages d'enfants; en effet, plus du tiers des femmes âgées de 20 à 49 ans (38%) en AOA étaient déjà mariées avant l'âge de 18 ans¹⁵. Le mariage d'enfants est associé aux taux de grossesse les plus élevés chez les adolescentes, ce qui implique que les jeunes filles doivent prendre soin de beaucoup d'enfants tandis qu'elles sont elles-mêmes jeunes. Les grossesses précoces entraînent des conséquences potentiellement mortelles en matière de SSR, et elles interrompent l'éducation des filles. En outre, le mariage d'enfants est lié à l'exploitation sexuelle à des fins commerciales ainsi qu'à une exposition accrue aux violences infligées par un partenaire intime.

Conformément aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), la Stratégie de l'ONUSIDA (2016-2021) concentre ses efforts pour mettre fin au sida, pour assurer la dignité, l'équité et le développement durable, et lance un appel à accélérer nos efforts pour protéger les futures générations en freinant les nouvelles infections par le VIH. Elle souligne également l'importance de rendre autonome les jeunes, en particulier les jeunes femmes, pour prévenir le VIH, ce qui implique de mettre un terme à la VLG et de promouvoir des normes saines relatives au genre.

Le continent africain a maintenant l'opportunité de réaliser le dividende démographique, c'est-à-dire l'avantage économique qui peut surgir lorsqu'une population a une grande part de personnes en âge de travailler et qui s'investissent efficacement dans leur autonomisation, leur éducation et leur emploi. Les adolescents et les jeunes de l'Afrique représentent 40% de la population en dessous de 15 ans; ils peuvent ainsi avoir beaucoup de poids pour réaliser des changements politiques, économiques et sociaux. Cependant, pour que de tels changements se produisent, la région aura besoin d'un leadership politique fort qui soutienne et développe encore les engagements. Cela doit être fait de façon à augmenter l'autonomisation des filles et des femmes et à assurer un enseignement universel de qualité, qui soit adapté aux nouvelles opportunités économiques et qui accroisse la sécurité de l'emploi, ainsi que les soins médicaux qui permettent la baisse de la fécondité.

La Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 veut voir un monde où les jeunes, où qu'ils soient et qui qu'ils soient, disposent des connaissances, des compétences, des services, des droits et des pouvoirs dont ils ont besoin pour se protéger du VIH.



⁹ UNESCO. 2013. Young People Today. Time to act now. Why adolescents and young people need access to comprehensive sexuality education and access to sexual and reproductive health services in Eastern and Southern Africa.

¹⁰ ONUSIDA Strategy for 2016-2021.

¹¹ SACMEQ. 2010. How successful are HIV-AIDS prevention education programmes? SACMEQ Policy Issue Series.

¹² UNESCO. 2009. International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators (Vols 1 & 2).

¹³ FNUAP. 2013. Adolescent pregnancy: A review of the evidence.

¹⁴ Anderson N. 2006. Prevention for those who have freedom of choice – or among the choice-disabled: confronting equity in the AIDS epidemic.

¹⁵ UNICEF. 2014. A Statistical Snapshot of Violence against Adolescent Girls.

1.2 L'engagement ministériel de l'Afrique orientale et australe

Le 7 décembre 2013, à Cape Town, en Afrique du Sud, les Ministres de l'Éducation et de la Santé de 20 pays de l'AOA ont déterminé et affirmé leur engagement envers l'amélioration de la santé pour tous les jeunes de la région. Avec le Rwanda, bien qu'il n'ait pas assisté à la réunion à Cape Town, fait toujours partie du processus d'engagement de l'AOA, les pays ont convenu de collaborer pour réaliser leur vision de voir les jeunes africains devenir les citoyens mondiaux de l'avenir, instruits, en bonne santé, résilients, socialement responsables, des décideurs éclairés capables de contribuer au développement de leur communauté, de leur pays et de leur région. Ils ont affirmé leur engagement pour les générations présentes et futures de jouir du plus haut niveau le droit à la santé, à l'éducation, à la non-discrimination et au bien-être. L'engagement ainsi adopté comportait deux ensembles de cibles à réaliser en 2015 et 2020 respectivement.

Cet engagement historique pour l'AOA comporte des cibles associées à une contrainte de temps, convenues par les États-membres et il ouvre la voie à des actions qui mettront à l'échelle l'enseignement de l'éducation sexuelle et des services de santé apparentés; il soutient les actions communes pour l'élaboration des programmes et le partage d'informations; il renforce les liens et les recommandations entre écoles et services de santé; et enfin, il encourage une approche globale promouvant l'accès et l'équité et renforçant les interventions nationales en matière de VIH et droits et santé sexuelle et reproductive des adolescents.



Les 20 Ministres de l'Éducation et de la Santé, affirmant leur engagement de mettre à l'échelle l'éducation sexuelle complète et les services de santé reproductive pour les adolescents et les jeunes (décembre 2013)

« L'engagement ministériel de l'AOA peut faire la différence pour nous les jeunes. Nous appelons nos gouvernements à honorer leur engagement et à rendre l'éducation sexuelle complète ainsi que les services de santé reproductive accessibles à tous les jeunes dans leurs contextes différents. »

Lebogang, 27, Afrique du Sud

1.2.1 Extraits de l'engagement de l'AOA approuvé

Les Ministres de l'Éducation et de la Santé s'engagent à:

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'ECOSA. Ces mécanismes doivent être renforcés et soutenus là où ils existent déjà.

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.

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 sensibles, y compris en milieu non formel et extrascolaire.

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.

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 citoyenneté. 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.

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.

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.

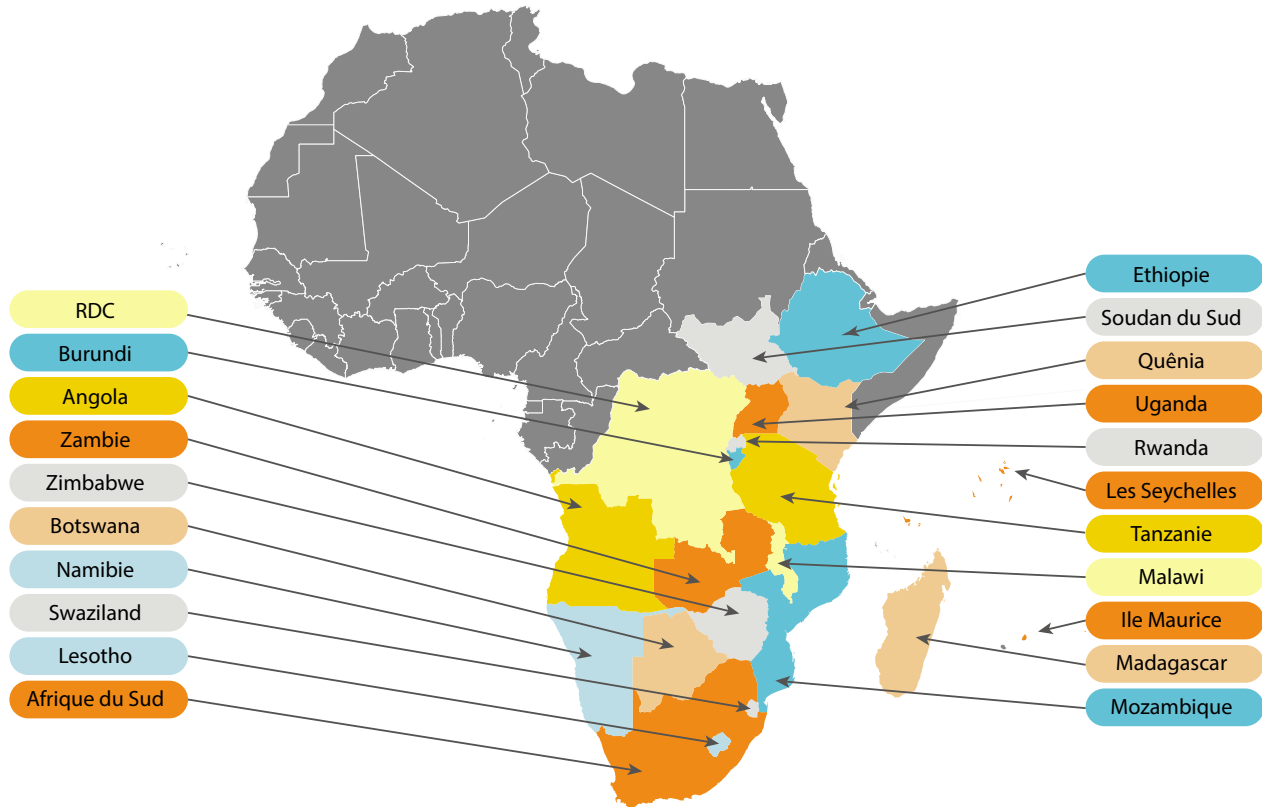
Veiller à ce que les services de santé soient adaptés aux jeunes, exempts de jugement moral et confidentiels, mis à disposition des adolescents et des jeunes quand ils en ont le plus besoin et dispensés dans un respect total de la dignité humaine, y compris aux jeunes considérés comme les plus exposés, 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.

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.

Mobiliser des ressources nationales et extérieures en testant 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.

1.2.2 Les pays de l'engagement de l'AOA

FIGURE 1.0: Carte des pays qui mettent en œuvre l'engagement de l'AOA



1.2.3 Les cibles de l'engagement de l'AOA

Pour assurer l'efficacité, l'impact et la redevabilité, tout en collaborant avec une approche gouvernementale et multisectorielle, les Ministres de l'Éducation et de la Santé ont affirmé leur détermination à réaliser les cibles suivantes:

Cible 2015



Un cadre de programmes scolaires pour une éducation sexuelle complète de bonne qualité est mis en place et appliqué dans chacun des 20 pays.



Une formation initiale et continue à la SSR et à l'ESC est mise en place et appliquée pour les enseignants, les personnels de santé et les travailleurs sociaux dans l'ensemble des 20 pays.



D'ici à la fin 2015, diminuer de 50% le nombre d'adolescents et de jeunes n'ayant pas accès à des services de SSR, y compris les services relatifs aux VIH, adaptés aux jeunes qui soient équitables, accessibles, acceptables, appropriés et efficaces.

Cible 2020



Consolider les gains récents et durement acquis en matière de baisse de la prévalence du VIH en AOA, et tendre vers l'élimination de toutes les nouvelles infections par le VIH parmi les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans.



Porter à 95% la proportion d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans possédant un niveau de connaissances détaillées sur la prévention du VIH.



Réduire de 75% les grossesses précoces et involontaires chez les jeunes.



Éliminer les violences liées au genre et les mariages d'enfants.



Porter à 75% la proportion d'écoles et d'établissements de formation des enseignants dispensant l'ESC.

1.2.4 Le cadre de redevabilité de l'engagement de l'AOA.

Sous l'égide de l'ONUSIDA, avec l'appui de l'UNESCO et grâce à l'engagement déterminé des Secrétariats de la SADC et de la CAE, le groupe de coordination technique (GCT) a mis au point un cadre de redevabilité pour suivre les progrès nationaux et régionaux vers la réalisation de l'engagement pris. Les gouvernements des 21 pays, les partenaires de la société civile, y compris les jeunes et les organisations communautaires, ainsi que les autres partenaires du développement sont les principaux destinataires de ce cadre.

Le cadre de redevabilité suit 20 indicateurs avec des cibles spécifiques à atteindre depuis la fin 2015 et d'ici la fin 2017 et 2020, et s'appliquant aux domaines clés suivants:

1. Development of an enabling environment;
2. Mise en place d'un environnement favorable;
3. Mise à l'échelle de l'ESC;
4. Amélioration de l'accès aux services de SSR adaptés aux jeunes;
5. Augmentation du niveau de connaissances détaillées sur la prévention du VIH;
6. Réduction des nouvelles infections par le VIH, des grossesses précoces et involontaires et des VLG; et
7. Élimination des mariages d'enfants.

Au niveau des pays, les gouvernements ont convenu d'instaurer un mécanisme interministériel et multisectoriel (aligné sur les systèmes existants, ou les utilisant) pour renforcer la planification et la coordination, et pour contrôler la mise en œuvre de l'engagement. Ces mécanismes nationaux impliquent les parties prenantes clés, notamment le gouvernement, la société civile, les jeunes, l'ONU et les autres partenaires du développement.

Avec l'appui des partenaires du développement, la SADC et la CAE dirigent le suivi régional de l'engagement de l'AOA. En 2015, le COMESA est venu rejoindre les autres communautés économiques régionales (CER) pour appuyer le suivi et la mise en œuvre de l'engagement au sein des États-membres. Il a été convenu que les CER rendraient compte de l'engagement chaque année lors de leurs sommets respectifs en impliquant les Ministres concernés et ceci, par le biais des rapports sur l'état d'avancement national.

Les Ministres ont convenu d'institutionnaliser les systèmes de suivi et d'évaluation (S&E) dans leurs ministères respectifs et d'améliorer la collecte de données désagrégées par âge et par sexe, à travers des mécanismes de S&E existants, tels que le système d'information pour la gestion de l'éducation (SIGE) et le système d'information pour la gestion de la santé (HEMIS). Ceux-ci seront complétés par des enquêtes périodiques sur la situation de l'éducation et de l'état de santé des adolescents et des jeunes.



Les CER, lors d'une réunion de coordination technique, partagent les progrès de l'engagement de l'AOA et le mécanisme de redevabilité. De gauche à droite: Dr Michael J. Katende, CAE; Mme Ahamada Andjouza, COMESA; et Dr Vitalis Goodwell Chipfakacha, SADC. Crédit photographique: UNESCO/Corrie Butler

1.3 Rapport d'étape 2015 de l'engagement de l'AOA

1.3.1 Aperçu

Ce rapport fournit un aperçu des progrès effectués ainsi que les barrières et défis qui demeurent dans la réalisation des cibles de l'engagement de l'AOA. Il s'appuie sur des informations précises quant au statut de l'engagement dans les 21 pays¹⁶, générées par l'analyse des rapports-pays et corrélés avec les ressources et études existantes. Ce rapport fait le bilan de l'appui politique apporté à l'engagement de l'AOA et il examine la façon dont cela a influencé l'enseignement de l'ESC de qualité à l'échelle nationale et l'accroissement de l'accès aux services de SSR.

1.3.2 Méthodologie

En 2015, les données sur les progrès destinées au rapport sur les cibles 2015-2020 de l'engagement de l'AOA ont été rassemblées grâce à un modèle de rapport-pays étroitement aligné sur le cadre de redevabilité régionale. Ce modèle a été communiqué au point focal de chaque pays membre, qui a ensuite convoqué les groupes de travail techniques à une réunion nationale pour le compléter.

L'évaluation des progrès par rapport aux cibles 2015 repose sur les objectifs définis dans le cadre de redevabilité, tandis que les résultats sur la couverture ont été calculés à partir des données rapportées par les pays dans les modèles de rapport-pays.

Dans certains pays, les membres des groupes de travail techniques n'étaient pas tous présents pour valider les résultats. Il est donc possible que les résultats documentés pour les pays ne reflètent pas toujours un équilibre entre les contributions du gouvernement et celles de la société civile. Les rapports ont été renvoyés aux pays pour être validés. Les CER ont pris contact avec les gouvernements pour effectuer le suivi des rapports et elles ont soutenu le processus de validation. Le rapport final est donc le produit des efforts conjoints des gouvernements, des organismes partenaires et des jeunes eux-mêmes, pour documenter les progrès réalisés par la région, après l'affirmation historique de l'engagement de l'AOA en 2013.

¹⁶ Les 20 pays présents lors de la réunion de l'engagement de l'AOA à Cape Town en décembre 2013, plus le Rwanda.



CHAPITRE 2

POLITIQUE, COORDINATION ET PARTENARIATS

2.1 L'environnement politique de la mise en œuvre de l'engagement de l'AOA

L'engagement de l'AOA reconnaît qu'il est de la responsabilité de l'État de promouvoir le développement humain notamment en assurant la qualité de l'éducation et la bonne santé, et de mettre en œuvre des stratégies efficaces pour instruire et protéger tous les enfants, adolescents et jeunes, y compris ceux qui vivent avec des handicaps. Cette démarche doit lutter contre les problèmes suivants: les grossesses précoces et involontaires, les avortements peu sûrs, les VIH et les autres IST, et les risques d'abus de substances, et enfin, elle doit lutter contre toutes les formes de discrimination et de violations des droits, comme les mariages d'enfants.

Par conséquent, dans les 21 pays, l'élaboration de politiques et de stratégies a procuré un environnement favorable à la programmation et la majorité des pays ont mis au point ou renforcé des politiques régissant l'offre de l'ESC de qualité pour les jeunes scolarisés. On a également vu grandir la reconnaissance du besoin de renforcer les dispositions politiques pour les jeunes non scolarisés.

2.1.1 Base juridique et politique des services de SSR

A broad range of international and regional commitments exist that explicitly recognize adolescents' and young people's rights to health and to access SRH services. The 1994 International Conference on Population and development (ICPD) was a critical milestone to create the link between sexuality education and SRH services for young people. However, although progress has been made in strengthening access to youth-friendly services (YFS), young people still face legal and implementation barriers.

In 2014, a detailed review of the laws and policies in 23 countries from the ESA region was commissioned by UNFPA and the Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) to determine how legislative and policy provisions directly or indirectly impact on adolescents' and young people's sexual and reproductive health and rights (SRHR) in the different countries. The review focused on laws pertaining to ages of consent to sexual activity, marriage and medical treatment; laws enabling or restricting adolescent sexual and reproductive health and rights (ASRHR); the criminalization of consensual sexual activity, HIV transmission and sexual diversity; legal restrictions on harmful cultural practices; and learner pregnancy policy and CSE in schools.

Le rapport révèle une contradiction entre les politiques et les lois concernées dans la majorité de ces pays. Il démontre de plus que les lois de beaucoup de pays ne sont pas conformes aux engagements internationaux et régionaux. Dans d'autres cas, il existe des conflits évidents entre les systèmes de droit civil/common law et ceux de droit coutumier, comme suit:

1) Âge légal du consentement à l'accès à un traitement médical des jeunes de la région

L'âge du consentement à un traitement médical, y compris le conseil et le dépistage du VIH (CDV), n'est pas prévu dans les lois et politiques de la majorité des pays. Cette lacune peut entraîner une grande confusion quant à l'âge auquel les jeunes peuvent consentir à un traitement médical eux-mêmes et auquel ils ont besoin de l'accord parental. En outre, les professionnels de la santé ne savent pas toujours non plus quel est l'âge de consentement pour différents services, ce qui crée un obstacle à l'accès aux services de SSR. Les pays comme l'Afrique du Sud et l'Ouganda ont pris des dispositions législatives sur l'âge de consentement à des services de SSR en définissant l'âge minimum à 12 ans.³ Legal age of consent to sexual activity

2) Politiques sur les grossesses des adolescentes scolarisées et conditions de réadmission

Seulement la moitié des pays de l'AOA disposent d'une législation et de politiques sur la prévention et la gestion des grossesses chez les adolescentes scolarisées et leur réadmission après l'accouchement. La majorité de ces pays ont tendance à aborder ces cas de manière punitive, ce qui est mis en évidence par certaines politiques qui interdisent aux élèves de revenir dans leur école habituelle, les excluent pour une certaine période ou les expulsent carrément en raison de leur grossesse.

FIGURE 2.0: Carte indiquant l'âge légal du consentement à l'accès à un traitement médical

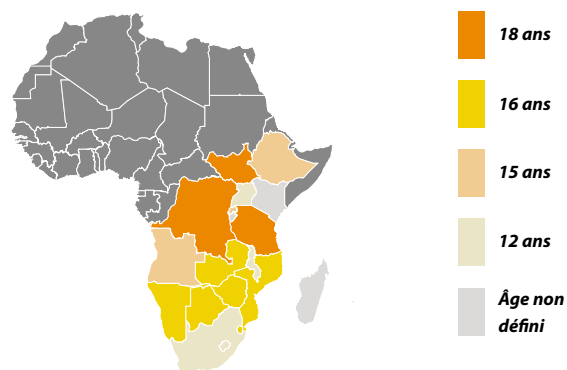


FIGURE 2.1: Map showing legislation and policies on prevention and management of learner pregnancy and re-entry after delivery



3) Âge légal du consentement à l'activité sexuelle

Environ la moitié des pays de l'AOA n'ont pas de directives législatives claires sur ce point. Il est par conséquent difficile pour les jeunes et la communauté dans son ensemble d'établir avec certitude l'âge légal minimum de consentement à l'activité sexuelle, qui varie entre 14 ans en RDC et 18 ans en Éthiopie, au Rwanda, aux Seychelles, au Soudan du Sud et en Ouganda.

4) Âge légal du consentement au mariage

Les 23 pays ont des âges définis pour le consentement au mariage, mais il n'y a pas d'harmonie entre les dispositions législatives et les normes internationales, ni entre le droit écrit et coutumier. Il en découle que la pratique des mariages d'enfants se poursuit, ce qui a des conséquences terribles, surtout pour les jeunes filles. Huit pays dans la région de l'engagement de l'AOA (Botswana, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mozambique, Rwanda, Soudans du Sud et Ouganda) fixent l'âge du consentement au mariage à 18 ans sans exception. En revanche, la Constitution du Zimbabwe définit indirectement cet âge à 18 ans, tandis que la loi sur le mariage autorise toujours l'âge plus jeune de 16 ans pour les filles.

FIGURE 2.2: Âge du consentement au mariage et à l'activité sexuelle

PAYS	Âge minimum du consentement au sexe		Âge minimum du consentement au mariage	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Angola	18	16	16	15
Botswana	16	16	18	18
Éthiopie	18	14	18	15
Kenya	18	18	18	18
Lesotho	18	18	18	18
Madagascar	16	16	18	16
Malawi	14	14	18	18
Maurice	16	16	15 ¹⁷ -18	15-18
Mozambique	16	16	16 ¹⁷ -18	16-18
Namibie	18	18	18	18
RDC	14	14	18	15
Rwanda	18	18	21	21
Les Seychelles	18	18	18	15
Afrique du Sud	16	16	14 ¹⁸ -18	12 ¹⁸ -18
Soudan du Sud	18	18	18	18
Swaziland	16	16	18	16
Tanzanie	18	15	18	15
Ouganda	18	18	18	18
Zambie	16	16	16	16
Zimbabwe	16	16	18	16

¹⁷ Avec l'accord parental.

¹⁸ Accord parental et ministériel exigé.

2.2 Coordination et gestion de l'engagement de l'AOA

2.2.1 La coordination au niveau des pays

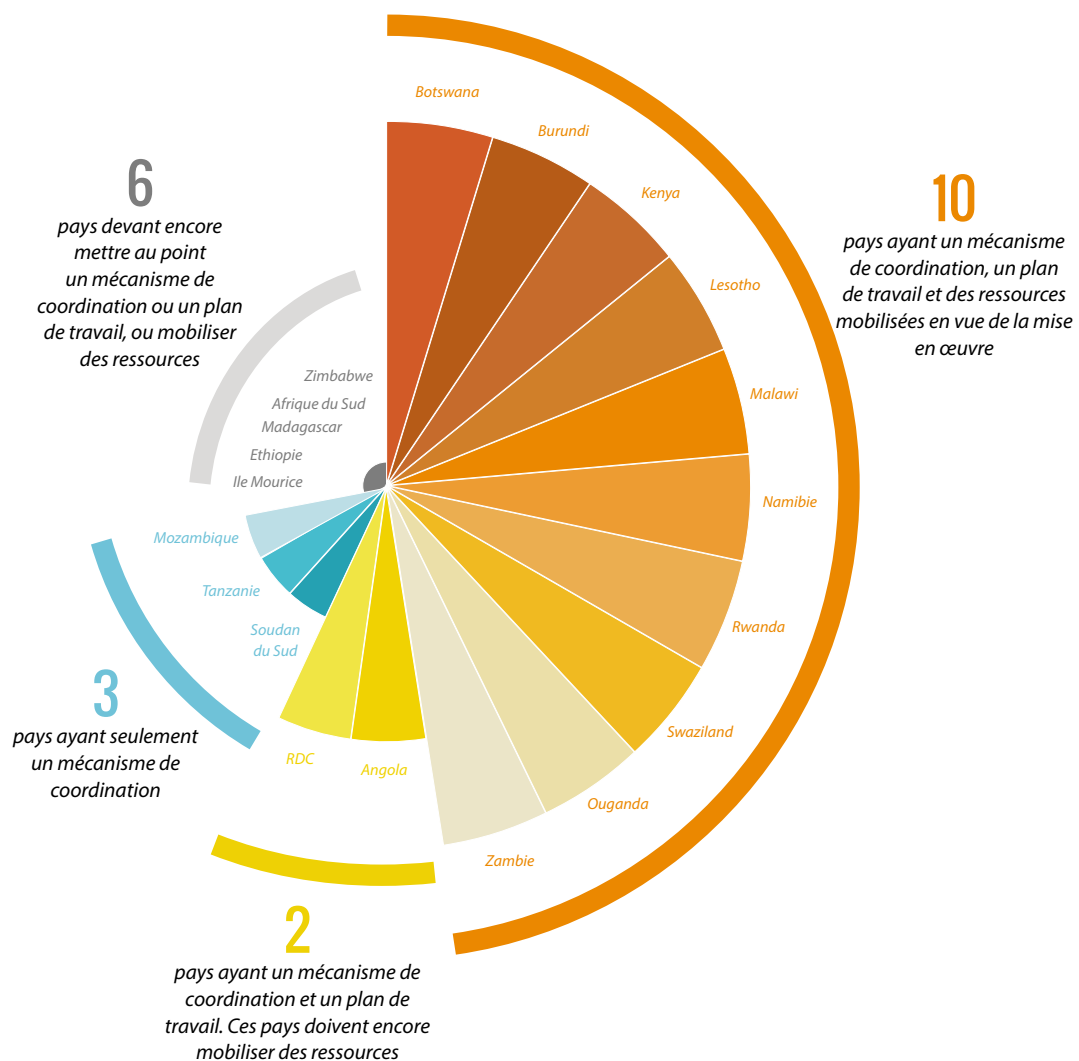
L'engagement de l'AOA est guidé par la conviction que les secteurs de l'éducation et de la santé, en travaillant de concert, ont un potentiel considérable pour promouvoir la bonne santé et le bien-être de tous les individus et les communautés. En outre, collaborer avec les ministères chargés des questions liées au genre, à la jeunesse etc. améliorera grandement l'efficacité de nos efforts et assurera une approche coordonnée et multisectorielle, dont les adolescents et les jeunes bénéficieront.

Tous les pays de l'engagement de l'AOA ont soit établi un nouveau mécanisme de coordination, soit ils utilisent un mécanisme existant, avec des termes de référence clairs pour guider la mise en œuvre de l'engagement, dont beaucoup sont explicitement multisectoriels. La majorité des pays ont inclus l'engagement de l'AOA aux plans de travail sectoriels avec des budgets estimés pour les activités où des ressources ont été allouées.

Le diagramme ci-dessous montre que 10 pays ont des mécanismes de coordination, des plans de travail et des ressources financières allouées, tandis que cinq pays doivent encore élaborer ces structures.

L'élaboration des termes de référence des groupes de travail techniques s'est avérée essentielle pour guider et orienter les pays dans la mise en œuvre de l'engagement de l'AOA. Actuellement, huit pays ont rempli cette tâche où les thèmes les plus courants portent sur la coordination et le suivi de l'ESC et les activités de SSR des jeunes. Les pays où les groupes de travail techniques ont été guidés par des termes de référence clairs, peuvent mieux assurer une réponse nationale complète et commune pour aborder les problèmes des adolescents et des jeunes.

FIGURE 2.3: Pays où on observe des mécanismes de coordination, des plans de travail et des ressources mobilisées en vue de la mise en œuvre



BONNE PRATIQUE: Coordination de l'engagement de l'AOA en Tanzanie

Début 2014, un groupe de travail pour l'engagement de l'AOA a été formé; il est co-présidé par les ministères de l'Éducation et de la Santé avec un Secrétariat assuré par l'UNESCO. Cette démarche avait pour but de créer un élan et de mobiliser des partenaires pour mettre en œuvre l'engagement d'une façon plus coordonnée.

En janvier 2015, le Comité national de travail technique pour la prévention du VIH a commencé à mettre en place un sous-comité pour les jeunes. Le but principal de ce sous-comité était de coordonner une réponse nationale multisectorielle pour réduire les résultats défavorables des services de SSR chez les jeunes tanzaniens de 10 à 24 ans.

Pour éviter la duplication des efforts, les groupes se sont fusionnés et ont formé le groupe des parties prenantes jeunes et adolescentes (AYAS) en juin 2015. L'AYAS se concentre sur l'ESC, la SSR et l'amélioration de l'appui multisectoriel aux adolescents, notamment aux adolescents vivant avec le VIH. L'AYAS est co-présidé par les ministères de l'Éducation et de la Santé avec un Secrétariat assuré par la Commission tanzanienne de lutte contre le sida.

En Tanzanie, les ressources pour l'ESC et les initiatives de SSR des jeunes (y compris l'engagement de l'AOA) ont afflué de beaucoup de différentes sources, dont le gouvernement, les partenaires du développement (par ex. les institutions de l'ONU), les donateurs (par ex. le Fonds mondial), le Partenariat mondial pour l'éducation (GPE), des ONG et des OSC. Mobiliser des ressources pour exécuter l'engagement incombe ainsi aux responsables de la mise en œuvre, comme le gouvernement, les ONG et les OSC. Par ailleurs, en 2016, le Fonds global d'affectation spéciale commencera à fournir un appui important aux points de prestation de la SSR des adolescents.

2.2 La coordination à l'échelle régionale

Au niveau régional, le processus de l'engagement de l'AOA est dirigé par un groupe de 10 « champions » et leaders avec un intérêt ferme pour les droits et la SSR: le groupe de haut niveau (GHN). Le GHN est assisté d'un groupe de coordination technique (GCT), dont la tâche principale est de fournir un appui technique, administratif et financier au processus de l'engagement de l'AOA.

Ensemble, le GCT et le GHN jouent un rôle crucial dans la promotion de l'engagement, et ce, dans les contextes internationaux, régionaux et locaux, en plus de veiller à une vision régionale unifiée. L'engagement de l'AOA a aussi abouti à la collaboration des CER (SADC, CAE et COMESA) pour soutenir les pays. Les CER sont les moteurs de la promotion de la redevabilité et de la supervision de la mise en œuvre de l'engagement.

2.3 Partenariats stratégiques

Pour qu'il devienne réalité, le processus de l'engagement de l'AOA repose fortement sur de vastes partenariats incluant les partenaires du développement, les OSC, les parents, les dirigeants communautaires, les chefs religieux et les jeunes. Ceci a permis de mobiliser des ressources supplémentaires pour appuyer la mise en œuvre au niveau des pays. La région a vu des cas où des fonds accrus et mieux ciblés étaient mobilisés pour soutenir les questions de SSR des jeunes et des adolescents, comme en Tanzanie, où par l'intermédiaire du groupe de travail de l'AOA, les partenaires ont pu mobiliser environ 3 millions USD pour soutenir la mise en œuvre.

Ces deux dernières années, beaucoup d'organisations d'influence ont vu accroître leur appui aux programmes qui contribueront à la réalisation des cibles de l'AOA:

- En 2013, les gouvernements de la Suède et de la Norvège ont investi des ressources importantes pour appuyer la mise à l'échelle de l'ESC de qualité dans huit pays (Malawi, Mozambique, Lesotho, Zambie, Ouganda, Tanzanie, Namibie et Soudan du Sud).
- En 2014, le gouvernement suisse a libéré des fonds par le biais du projet Safeguard Young People (Protéger les jeunes) pour soutenir l'accès à l'ESC et aux services de SSR de qualité pour les jeunes de neuf pays (Malawi, Mozambique, Zambie, Botswana, Zimbabwe, Lesotho, Swaziland, Namibie et Afrique du Sud).
- En 2014, le Ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement (BMZ) a annoncé le financement d'un projet de trois millions d'euros pour soutenir les objectifs de l'engagement de l'AOA dans quatre pays (Namibie, Zambie, Afrique du Sud et Mozambique).
- Lancée au début 2015, l'initiative All In! fournit une plate-forme pour unir les voix et œuvrer ensemble pour mettre fin aux décès, aux nouvelles infections et aux violences causés par le sida chez les jeunes. Cette initiative concentre ses efforts sur les besoins particuliers des adolescents dans le cadre des interventions contre le VIH. Elle rassemble les partenaires et elle aide les pays à effectuer des évaluations et à mieux adapter leurs interventions contre le VIH.
- Le PEPFAR, qui est le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, a aussi alloué presque un demi-milliard USD à l'initiative DREAMS (pour des filles « déterminées, résilientes, autonomisées, exemptes du sida, conseillées et en sécurité »), qui cherche à éliminer les infections par le VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes dans dix pays d'Afrique subsaharienne (Malawi, Mozambique, Zambie, Tanzanie, Zimbabwe, Lesotho, Swaziland, Kenya, Ouganda et Afrique du Sud).

Il est essentiel au succès de l'engagement de l'AOA de former des partenariats efficaces entre les initiatives pertinentes, afin d'exploiter l'élan, l'expertise et les ressources financières de chacun. En outre, les partenariats et le partage de contributions intellectuelles permettent sans doute de relever l'un des plus grands défis sur le plan de la disponibilité des données aux fins du suivi, de l'apprentissage et de l'évaluation.

¹⁹ <http://allintoendadolescentaids.org/>

2.4 Participation de la société civile à l'engagement de l'AOA



De gauche à droite: Nyasha Sithole avec AfriYAN; Pr Sheila Tlou de l'ONUSIDA; et Daniel Molokele de AIDS Accountability International (AAI)



Remy Shawa de Sonke Gender Justice et membre du Groupe de haut niveau de l'engagement de l'AOA (Photo JJ Arts Photography)



Jeunes, parents et dirigeants religieux dialoguent sur l'engagement de l'AOA

2.4.1 Stratégie collective d'implication de la société civile

Depuis le lancement de l'engagement de l'AOA jusqu'à maintenant, la société civile est fortement impliquée de plusieurs manières, tant au niveau des pays qu'au niveau régional. Les OSC participent activement au suivi du cadre de redevabilité, à la promotion des droits des jeunes à l'ESC et aux services de SSR, à la mise en œuvre de l'ESC et à l'offre des services de SSR auprès des jeunes. Concernant les questions où la société civile est cruciale à la réalisation des cibles de l'AOA, le besoin d'impliquer systématiquement les OSC a été reconnu et a mené au développement d'une stratégie solide et innovante de participation de la société civile.

L'un des produits clés est l'élaboration de la stratégie de contrat de l'engagement ministériel de l'AOA. Les partenaires de la société civile ont accepté qu'un mécanisme de coordination régional chargé de mettre en œuvre la stratégie soit mis en place. À l'échelle nationale, les OSC représentent des partenaires importants du mécanisme de coordination national et elles appuient la mise au point de plans d'action nationaux pour mettre en œuvre l'engagement. Les partenaires de la société civile incluent notamment: la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), la Fondation Ford, AIDS Accountability International (AAI), le Service de diffusion de l'information sur le sida en Afrique australe (SAfAIDS), Save the Children, le Réseau international des chefs religieux vivant avec ou personnellement affectés par le VIH (INERELA+), l'Initiative pour un soutien psychosocial régional (REPSI), le Réseau africain des jeunes et adolescents sur la population et le développement (AfriYAN), le Groupe œcuménique de mise en réseau sur le VIH/sida en Zambie (ZINGO), loveLife, Childline, IBIS, le Réseau des organisations de lutte contre le sida en Afrique de l'Est (EANNASO), le Conseil démographique, Population Services International (PSI) et ONE.



Session de l'engagement de l'AOA sur la redevabilité, dirigée par les jeunes lors de la pré-conférence des jeunes de la CISMA en 2015

2.4.2 Stratégie d'implication des OSC

La stratégie d'implication des OSC repose sur la reconnaissance du besoin d'impliquer systématiquement les OSC à la réalisation de l'engagement de l'AOA dans la région et de faire place aux jeunes ainsi que de faire entendre leur voix à tous les niveaux. Elle vise en outre à stimuler la prise de mesures pour généraliser et intégrer la prestation de services de qualité, ainsi que la réactivité politique pour atteindre les cibles de l'engagement de l'AOA.

But de la stratégie d'implication des OSC: Veiller à ce que d'ici 2020, les gouvernements de la région de l'AOA aient réalisé des progrès importants vers les cibles de l'engagement de l'AOA.

Résultat attendu de la stratégie d'implication des OSC: Veiller à ce que les OSC de la région soient entièrement impliquées dans la mise en œuvre et la promotion de l'engagement de l'AOA, tout en contribuant à l'amélioration des résultats de SSR et au renforcement de la prévention du VIH, grâce à l'accès accru à l'ESC et aux services de SSR pour les jeunes de la région.

Résultats clés de la stratégie d'implication des OSC:

1. La redevabilité est améliorée grâce au suivi et aux comptes-rendus constants des progrès de la mise en œuvre de l'engagement au niveau national et régional, par les gouvernements et les partenaires.
2. La société civile et le gouvernement et les partenaires entreprennent une promotion efficace pour mobiliser un appui accru à la mise en œuvre de stratégies de défense des droits de SSR, de lutte contre le VIH et de l'ESC, et atteindre les cibles de l'engagement.
3. La société civile et les organisations de jeunes sont informées et tenues au courant de l'engagement de l'AOA et elles sont impliquées de manière efficace dans les politiques, la planification et les plateformes de prise de décision ainsi que dans les efforts de promotion cherchant à consolider et recueillir les perspectives de la société civile.
4. Les partenariats sont mobilisés pour promouvoir l'amélioration de la coordination des initiatives en faveur des adolescents et des jeunes, dans les domaines des droits de SSR, de l'ESC et de la prévention du VIH.
5. La communication et la diffusion des informations sur l'engagement de l'AOA sont renforcées.

Next steps for CSOs:

- Améliorer la coordination nationale et régionale de toutes les OSC dans le cadre de l'engagement;
- Utiliser efficacement de nouvelles plateformes de médias sociaux pour assurer une communication régulière et active;
- Mobiliser les ressources durables pour assurer la participation active des OSC;
- Recruter plus de membres d'OSC pour rejoindre le processus de l'engagement de l'AOA;
- Assurer un engagement constant pour veiller à ce que la région remplisse tous les objectifs de l'engagement d'ici 2020.

Il s'est avéré que les partenariats avec les jeunes et les organisations de jeunes jouent un rôle vital dans la mise en œuvre de l'engagement de

2.5 Implication significative des jeunes

l'AOA. Les pays ont collaboré avec des réseaux et des organisations de jeunes pour fournir une analyse en profondeur des expériences des adolescents et des jeunes, au niveau local; tout en diffusant également des ressources sur l'ESC et la SSR, en se servant de la plateforme pour appuyer le dialogue entre les jeunes et les représentants gouvernementaux, au niveau régional et local et en travaillant avec des professionnels de la santé pour renforcer leurs capacités et leur permettre d'offrir de solides services de SSR.

AfriYAN a pris la tête du processus visant à accroître le leadership des jeunes et à renforcer leur implication dans la mise en œuvre de l'engagement de l'AOA, à la fois au sein des groupes de travail techniques et au niveau international et régional. La priorité a également été donnée depuis 2013 à la promotion lors d'événements clés, notamment le deuxième Symposium sur les droits de SSR/VIH en Zambie (décembre 2014), le premier Sommet des Filles africaines sur l'élimination du mariage des enfants en Afrique en Zambie (novembre 2015) et la CISMA au Zimbabwe (décembre 2015).

Dans plusieurs pays, les jeunes ont utilisé les médias comme plateforme pour partager leurs avis en tant que spécialistes, ce qui a favorisé le dialogue sur des questions d'ESC et de SSR, par exemple:

- Le Soudan du Sud est en train de renforcer les capacités des organisations de jeunes pour publier une lettre d'information;
- Le Lesotho forme les adolescents à faire des reportages pour promouvoir les droits de SSR et l'ESC;
- La Zambie a mis en valeur les jeunes et leurs perspectives grâce à divers programmes radiophoniques ainsi que d'autres plateformes des médias sociaux comme TuneMe (TuneMe.org) et U-report;
- En Ouganda, les organisations dirigées par les jeunes participent activement au forum de coordination nationale et ont mené avec succès des dialogues intergénérationnels et des discussions communautaires pour sensibiliser à l'engagement de l'AOA et aux questions d'ESC et de SSR chez les adolescents et les jeunes;
- Des organisations comme l'UCJF ont aussi apporté des approches innovantes à la promotion en utilisant des espaces sécurisés où les jeunes filles peuvent partager des expériences et des histoires liées à la grossesse adolescente, aux mariages d'enfants et au VIH, à la fois entre elles et avec les représentants gouvernementaux et les décideurs politiques.

Au niveau des pays, diverses méthodes ont été utilisées pour attirer l'attention des jeunes en tissant une liaison avec eux en abordant des importantes thématiques liées à l'ESC, plus précisément la poésie, les « flash mob », les stations de radio et le sport. Par exemple, la Namibie a impliqué des jeunes par le sport au travers du Programme Galz and Goals, qui enseigne aux jeunes filles comment vivre un style de vie sain, ce qui inclut la prévention et le traitement du VIH. Ce programme, qui a reçu une reconnaissance internationale pour ses interventions, s'est vu décerner le titre de « fédération sportive de l'année », car au fil des ans, ses messages ont touché des milliers d'adolescentes.

Les médias sociaux se sont avérés être un outil important pour se connecter avec les jeunes et les organisations de jeunes. Il en va de même pour les SMS utilisés dans certains pays comme le Malawi, la Zambie et le Zimbabwe, où une plateforme de participation des jeunes fournit des informations de SSR précises, pertinentes et adaptées aux jeunes.



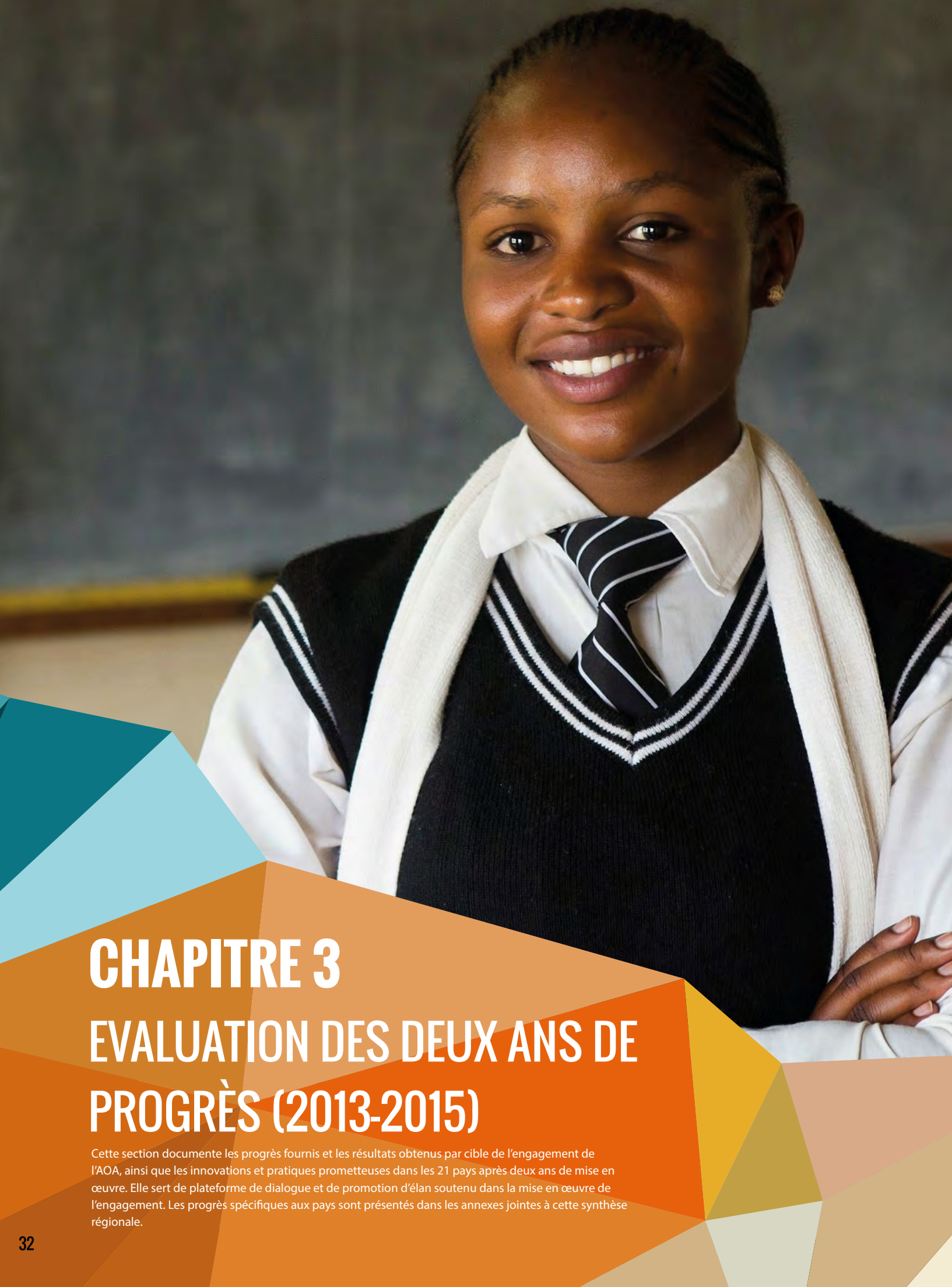
BONNE PRATIQUE: Impliquer les jeunes par le biais d'approches innovantes en Afrique australe.

TuneMe est une plateforme d'engagement des jeunes de type site mobile qui tire parti de la technologie mobile pour diffuser des communications sur les changements comportementaux, et qui permet aux adolescents d'améliorer leurs résultats de SSR. Créé par le programme régional du FNUAP pour les jeunes en collaboration avec la Fondation Ford et la Fondation Praekelt, puis lancé fin 2015, TuneMe fonctionne tant sur des combinés de base que sur des Smartphones, ce qui permet à n'importe quel jeune ayant une connexion de données d'avoir accès à la plateforme. Depuis son lancement en Zambie et au Malawi, presque 9 000 jeunes se sont inscrits et l'accès au site sera élargi à cinq autres pays africains entre 2016 et 2017, même s'il est déjà accessible depuis n'importe quel pays autorisant TuneMe.org. Le site inclut déjà un système de S&E et des outils de contrôle de la qualité, et il inclura bientôt des coordonnées GPS pour permettre aux jeunes de trouver plus facilement l'établissement de santé le plus proche d'eux.

Le site mobile peut être consulté au lien suivant: www.TuneMe.org.

2.6 Enseignements tirés de la coordination et de la gestion de l'engagement de l'AOA

- 1 L'engagement de l'AOA constitue une plateforme d'actions pour réaliser les cibles de l'AOA, mais le leadership et l'appropriation par les pays constituent le facteur de réussite essentiel; il faut ainsi assurer une réponse coordonnée et une allocation de ressources intérieures. Il faut également veiller à ce que les stratégies de réalisation des cibles soient intégrées aux plans de travail des pays et que les budgets associés soient estimés.
- 2 Il est nécessaire d'impliquer les parties prenantes clés au-delà de la santé et de l'éducation pour réaliser les cibles sur la réduction des nouvelles infections, les grossesses chez les adolescentes, les violences liées au genre en milieu scolaire et les mariages d'enfants. En Tanzanie par exemple, la création de l'AYAS en 2015 répond au besoin urgent de voir un effort coordonné, national et multisectoriel à mettre en place pour réduire les résultats défavorables de la SSR chez les jeunes.
- 3 Il est important d'impliquer systématiquement les OSC à la mise en œuvre de l'engagement de l'AOA. Sous l'égide de l'ONUSIDA, les OSC régionales ont mis au point une stratégie de participation des OSC au sein du processus de l'engagement de l'AOA. Cette stratégie sera cruciale pour veiller à la mise en œuvre coordonnée de la programmation liée à l'ESC et à la SSR, et de l'approche systématique à la redevabilité des gouvernements par rapport à l'engagement.
- 4 Les jeunes jouent un rôle crucial à tous les niveaux, non seulement au sein des mécanismes de coordination nationale, mais aussi dans la promotion aux côtés du gouvernement, du parlement et des partenaires de mise en œuvre de l'engagement de l'AOA. Leur participation est engagée par des échanges avec les réseaux de jeunes comme AfriYAN.
- 5 L'engagement de l'AOA a besoin de canal de communication pour toucher à la fois les parties prenantes du gouvernement et les jeunes de communautés difficiles à atteindre et qui n'ont pas accès à l'Internet. De cette manière, les voix et les besoins de toutes les parties prenantes cruciales ainsi que des communautés affectées sont représentés et pris en compte lors de la prise de décision et dans la conception des programmes.
- 6 Le mouvement de personnel décisif du gouvernement, par exemple suite à une élection, pourrait affecter la continuité des programmes, d'où l'importance de renforcer les relations avec des agents techniques au sein de tous les ministères clés pour assurer l'institutionnalisation et la continuité de ces programmes.
- 7 Il faut entretenir une promotion et une communication continues avec les partenaires, et ce, pour veiller à harmoniser les efforts des partenaires autour des engagements existants et prôner les actions communes dans le cadre de ces accords.



CHAPITRE 3

EVALUATION DES DEUX ANS DE PROGRÈS (2013-2015)

Cette section documente les progrès fournis et les résultats obtenus par cible de l'engagement de l'AOA, ainsi que les innovations et pratiques prometteuses dans les 21 pays après deux ans de mise en œuvre. Elle sert de plateforme de dialogue et de promotion d'élan soutenu dans la mise en œuvre de l'engagement. Les progrès spécifiques aux pays sont présentés dans les annexes jointes à cette synthèse régionale.

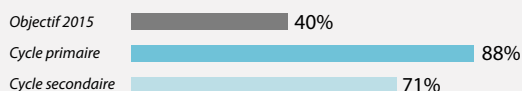
3.1 Cible 1

Un cadre de programmes scolaires pour une éducation sexuelle complète de bonne qualité est mis en place et appliqué dans 20 pays



Objectif atteint et excédée

Indicateur: % d'écoles ayant dispensé une éducation sexuelle axée sur le VIH et sur les compétences de vie au cours de la dernière année scolaire



Indicateur: Nombre de pays ayant instauré un cadre ou une stratégie nationale d'ESC pour les jeunes non scolarisés



3.1.1 Aperçu

Dans toute la région, on observe une reconnaissance grandissante de l'importance d'une ESC de qualité, donnant ainsi aux jeunes l'opportunité d'explorer leurs valeurs et leurs attitudes, et renforçant leurs compétences en matière de prise de décision, de communication et de réduction des risques sur bien des aspects de la sexualité. En Afrique orientale et australe, l'ESC adopte différents noms et approches, mais l'objectif reste le même: veiller à ce que les jeunes reçoivent une éducation sexuelle complète et basée sur les compétences de vie, pour obtenir les connaissances et les compétences qui leur permettront de faire des choix éclairés, sains et respectueux concernant leurs relations et leur sexualité.

Quel est éducation sexuelle complète?

On entend par éducation sexuelle complète (ESC), 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 (UNESCO 2009). L'ESC a un impact prouvé sur l'amélioration des connaissances, l'estime de soi, le changement des attitudes, les questions de genre et les normes sociales, et le renforcement de l'efficacité personnelle. Ces aspects sont particulièrement importants pendant l'adolescence, lorsque les jeunes font la transition vers l'âge adulte. L'éducation sexuelle gagne en efficacité lorsqu'elle inclut un contenu sur les genres et les droits, et lorsqu'elle est dispensée en s'efforçant d'élargir l'accès à un éventail large de services de SSR adaptés aux jeunes et de produits de base.

L'un des principaux défis de la définition de l'éducation sexuelle, et plus particulièrement des éléments qui composent la programmation complète, peut provenir des terminologies différentes utilisées dans les politiques et programmes d'étude des pays. Les appellations sont variées et reflètent les différents accents que les différents pays placent sur ces aspects divers de l'ESC. Ceux-ci incluent: l'éducation sur la prévention, les relations et l'éducation sexuelle, l'éducation sur la vie familiale, l'éducation sur le VIH, l'éducation sur les compétences de vie, les styles de vie sains et les bases de la sécurité des personnes. Les éléments principaux de ces programmes se ressemblent tout de même et intègrent plusieurs aspects de l'ESC (UNESCO 2015).

3.1.2 Dispenser l'ESC

Grâce à l'engagement de l'AOA, on a observé une évolution remarquable vers l'intégration de l'ESC aux programmes scolaires officiels, même si la mise en œuvre sur le terrain est encore au stade de projet. L'éducation sexuelle est dispensée comme un sujet indépendant ou intégré à des sujets pertinents dans les programmes scolaires. Bien que plusieurs pays aient rendu l'ESC obligatoire et pouvant faire l'objet d'un examen, certains pays dispensent encore des cours non obligatoires, extrascolaires ou seulement partiellement obligatoires.

Dans toute la région, des îlots d'opposition à l'ESC ont émergé au sein de plusieurs groupes. Mais grâce à l'élan créé par l'engagement de l'AOA, les gouvernements ont maintenu leur soutien ferme et leur foi en la valeur de l'ESC.

BONNE PRATIQUE: La résolution du gouvernement ougandais pour dispenser l'éducation sexuelle dans le cadre du programme scolaire

L'Ouganda a enregistré des progrès importants sur le plan de l'intégration de l'éducation sexuelle au nouveau programme scolaire révisé de l'enseignement secondaire et qui sera déployé en 2017. Il a cependant connu une opposition récente de la part d'ONG locales, internationales et des médias qui ont souligné leurs préoccupations quant au contenu de cette nouvelle matière. Le gouvernement a exprimé publiquement sa résolution de dispenser l'éducation sexuelle comme suit:

« Le ministère de l'Éducation, des sciences, des technologies et des sports reconnaît que l'éducation sexuelle fait partie des programmes pour la santé des adolescents visant à donner aux jeunes les compétences qui leur permettront de faire des choix sûrs et sains. Notre mandat exige de nous de fournir des informations adaptées à l'âge et acceptables sur les plans culturel et religieux dans ce domaine. » (Ministère de l'Éducation, des sciences, des technologies et des sports, circulaire n° 5, 26 avril 2016)

Outre cette communication officielle du ministère de l'Éducation, une série de dialogues communautaires a été tenue avec les parents, les chefs religieux et les ONG pour briser les mythes et les idées fausses autour de l'éducation sexuelle.

3.1.3 Qualité du programme d'ESC

L'analyse approfondie des programmes pour la tranche d'âge de 12 à 15 ans a révélé qu'un certain contenu essentiel sur le développement du corps humain, la sexualité et les comportements sexuels fait souvent défaut. Concernant le développement du corps humain, les sujets généralement absents incluent: i) les tests de grossesse: où les trouver, quand et comment les utiliser et comment en interpréter le résultat; ii) les comportements sains et nuisibles au développement fœtal; iii) le droit à la vie privée, à ne pas être maltraité, à avoir le contrôle sur sa propre sexualité et à se déplacer librement; iv) les aspects biologiques du sexe et du genre; et v) les aspects sociaux du sexe et du genre.

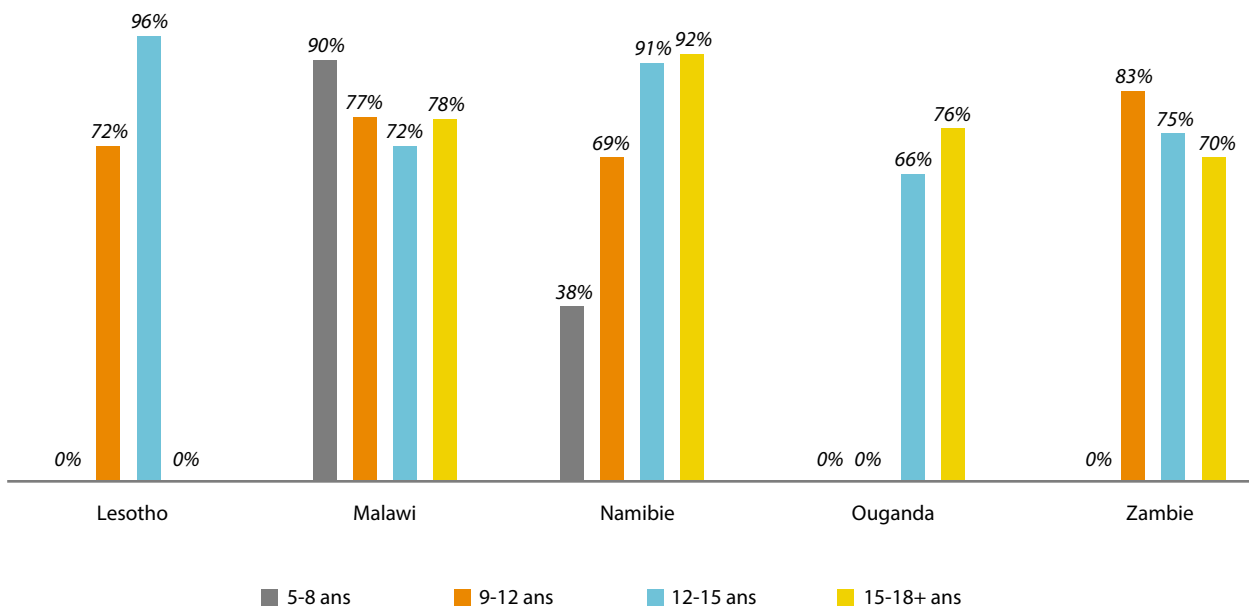
« L'ESC aide les jeunes à prendre confiance et à faire les bons choix parce qu'ils ont [entendu] les bonnes infos plutôt que des oui-dire. Ils peuvent entrer sans crainte dans un centre médical ou une pharmacie, et acheter un préservatif ou des produits de base de SSR, ou demander de l'aide sur leur sexualité sans avoir peur. »

Caroline, 22, Ouganda

Concernant le thème sur la sexualité et les comportements sexuels, les sujets généralement absents étaient: i) la confiance nécessaire pour discuter des différentes méthodes de contraception et de protection et les utiliser; ii) les pilules contraceptives d'urgence; iii) l'accès aux méthodes de prévention: barrières et solutions; et iv) consulter les services de santé pour évaluer les risques personnels, la vulnérabilité perçue et les attitudes quant aux pratiques sexuelles plus sûres.

L'étude a également cité certains défis courants de la dispensation de l'ESC qui freinent la capacité des enseignants à assurer les cours, comme le manque de spécialisation sur le sujet et la mauvaise qualité de la formation des enseignants sur l'ESC. À ces facteurs critiques s'ajoutent des rapports maîtres/élèves et manuels scolaires/élèves élevés, ce qui affecte la qualité de l'enseignement dispensé.

FIGURE 3.0: Score moyen du contenu par sujet traité dans le programme des 12-15 ans, dans les 5 pays évalués par SERAT



3.1.4 L'ESC pour les jeunes non scolarisés

Pour toucher les jeunes marginalisés non scolarisés, la mise en œuvre de stratégies spécifiques garantissant l'accès universel à une ESC de qualité est obligatoire. Par ailleurs, le pourcentage de jeunes non scolarisés varie considérablement en AOA. En effet, au Botswana, en Afrique du Sud, aux Seychelles et au Kenya, moins de 5% des adolescents ne sont pas scolarisés, contre 20 à 25% au Malawi, au Lesotho et en Ouganda. En outre, 33 à 39% d'adolescents entre 10 et 19 ans ne sont pas scolarisés au Swaziland, au Mozambique et en Éthiopie, et plus de la moitié des 10-19 ans au Burundi ont quitté le système scolaire officiel. Les taux d'inscription dans l'enseignement secondaire et supérieur restent faibles dans beaucoup de pays et les filles sont plus susceptibles d'être déscolarisées que les garçons. (PRB et FNUAP, 2012). Le pourcentage d'enfants scolarisables mais non scolarisés en AOA varie de 5% ou moins aux Seychelles, au Rwanda, au Burundi, à Maurice et au Malawi, et plus de 50% au Soudan du Sud, comme l'indique la Figure 3.1.

Les jeunes non scolarisés ne peuvent pas bénéficier de l'ESC dispensée à l'école et des initiatives de santé scolaire lancées dans la région. Ils sont ainsi exclus des autres interventions sociales et sanitaires qui sont systématiquement menées au sein du système éducatif formel. De ce fait et puisqu'ils ne se réunissent pas régulièrement, ces jeunes sont isolés et des efforts supplémentaires s'avèrent nécessaires. Ce problème s'applique particulièrement aux jeunes filles mariées, qui sont en grande partie absorbées par leurs devoirs de femmes au foyer et de mères et qui se trouvent stigmatisées sur le plan social.

Lorsque l'environnement politique n'inclut pas de dispositions spécifiques pour les jeunes non scolarisés, des approches créatives et innovantes ont été élaborées, souvent en partenariat avec les jeunes eux-mêmes, pour atteindre les adolescents hors de l'école marginalisés en se servant des nouveaux canaux médiatiques et communautaires.

FIGURE 3.1: Pourcentage d'enfants en âge d'aller à l'école primaire mais non scolarisés dans 21 pays de l'AOA. Aucune donnée pour Madagascar ou la RDC (Institut de statistique de l'UNESCO, 2005-2014)²⁰

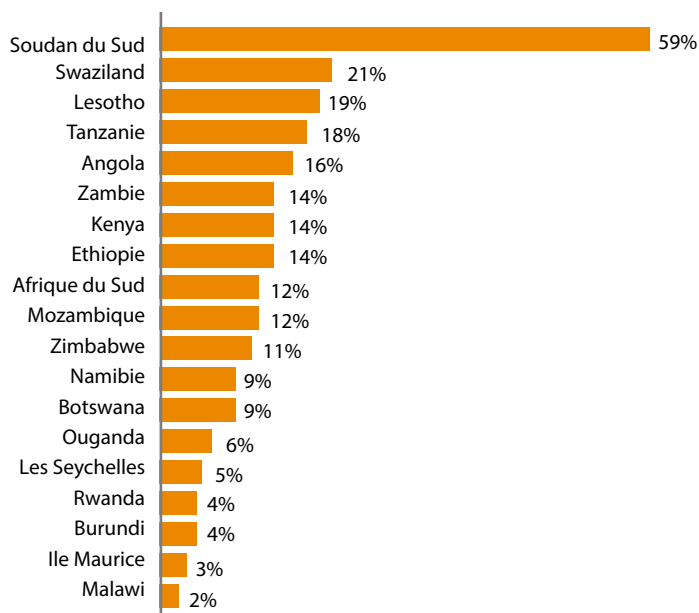
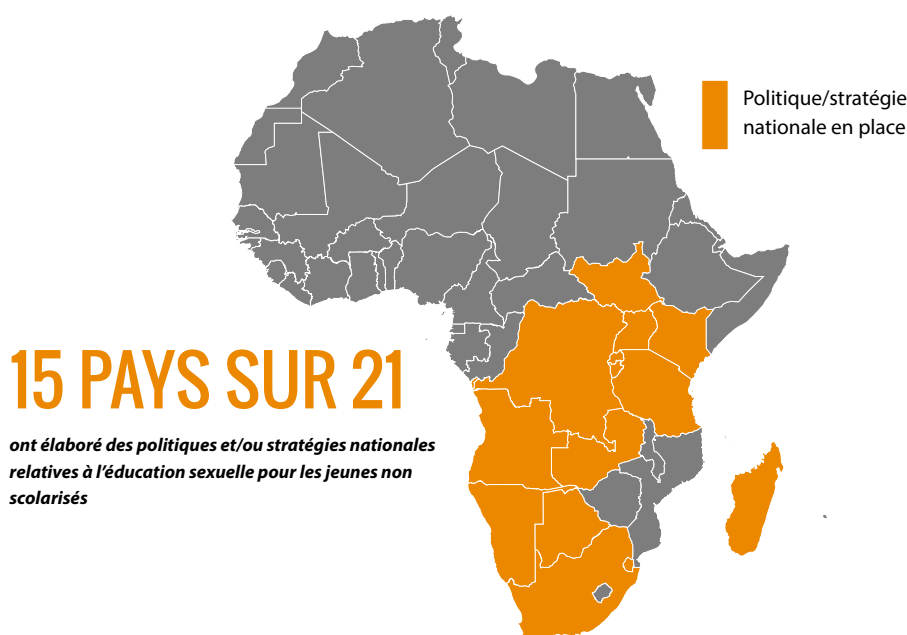


FIGURE 3.2: Nombre de pays ayant mis au point des politiques et/ou stratégies nationales relatives à l'éducation sexuelle pour les jeunes non scolarisés



²⁰ UNESCO Institute for Statistics 2016. UNESCO eAtlas of Out-of-School Children, 2005-2014.

3.1.4 Renforcer l'appui communautaire à l'éducation sexuelle

L'engagement de l'AOA reconnaît que les familles, les pairs, 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. De plus, la religion et l'enseignement confessionnel 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 beaucoup de communautés dans la région.

Il s'ensuit que pour assurer un soutien complet à l'ESC, il est nécessaire de dialoguer avec les gardiens clés aux niveaux étatique et communautaire, avec les décideurs politiques et les communautés religieuses, et ce, pour obtenir leur soutien à la création d'un environnement favorable à la prestation de l'ESC. Il est primordial d'impliquer les parents et les communautés dans la généralisation de l'ESC, à la fois pour garantir l'appui de la communauté scolaire et pour améliorer la compréhension globale des problèmes auxquels les adolescents et les jeunes sont confrontés.

Les parents peuvent jouer un rôle important dans la communication avec leurs enfants sur la sexualité, les relations et le bien-être, particulièrement chez les tranches d'âge plus jeunes. En effet, des études ont montré à plusieurs reprises que les attitudes positives des parents influencent positivement les attitudes des enfants, qu'il s'agisse de l'acceptation de l'éducation sexuelle ou du recours au dépistage du VIH ou aux méthodes contraceptives. Les parents et les familles jouent encore un rôle clé pour façonner les perspectives, les normes et les valeurs liées aux rôles de genre, à la sexualité et au statut des adolescents et des jeunes dans la communauté (Svanemyr et al, 2015).



7,354

écoles ont abordé l'ESC dans leur communauté depuis l'affirmation de l'engagement ministériel de l'AOA (selon les données disponibles pour 12 pays de la région).



300,000

jeunes touchés par les spectacles de sept jeunes artistes d'Afrique australe dans le cadre du programme Safeguard Young People. Les artistes ont produit un album intitulé « We Will » qui comprend dix chansons thématiques sur l'utilisation correcte et constante de préservatifs, les mariages d'enfants, les grossesses des adolescentes, les partenaires multiples simultanés et des relations saines, entre autres.



BONNE PRATIQUE: En Zambie, un programme télévisé et radiophonique apporte l'ESC aux communautés et aux jeunes scolarisés ou non

Pour compléter son programme révisé d'ESC dans les écoles primaires et secondaires, le gouvernement zambien a testé un programme télévisé et radiophonique conçu pour discuter avec les communautés de l'ESC et de l'accès aux services de SSR pour les jeunes. Ce programme a donné aux jeunes scolarisés ou non, aux enseignants, aux professionnels de la santé, aux parents et à la communauté dans son ensemble, l'occasion de venir sur les ondes et de discuter de la santé des jeunes en Zambie. Les sujets abordés avaient trait à la compréhension de l'amour, du sexe et des relations saines; à l'estime de soi et à la compréhension de soi et de ses droits en tant qu'adolescent; à la pression du groupe; et à la façon de prendre des décisions plus saines à l'avenir. Un épisode était aussi dédié à améliorer la communication entre les parents, les tuteurs et les jeunes. Le programme initial a atteint plus de 1,8 millions d'adultes, y compris des parents, et plus de 3 millions d'adolescents de 10 à 24 ans, scolarisés ou non. D'après une enquête de satisfaction basée sur un échantillon de 300 auditeurs, les connaissances du VIH et des pratiques sexuelles sûres ont fortement augmenté et il est maintenant prévu de déployer ce programme dans six pays de l'AOA.

Crédit photographique: UNESCO/SAFAIDS



« La voix des chefs religieux en Afrique est très importante. Ils ont toujours beaucoup d'influence pour ce qui est de développer la conscience morale des gens. Je pense qu'il est important que les chefs religieux aident les jeunes à comprendre que la sexualité fait partie de leur identité et qu'ils sont nés avec. Nous avons la responsabilité, en tant que chefs religieux, de donner des informations aux jeunes. La recherche nous a montré que quand les filles ont accès aux informations et qu'elles peuvent parler de la sexualité avec leurs parents, leurs chances de tomber enceintes à l'adolescence sont réduites.

Il est important pour nous de commencer à parler à nos enfants de la sexualité, de leurs responsabilités et de leurs droits, le plus tôt possible, et en utilisant un langage précis et adapté qu'ils peuvent comprendre. Nous savons qu'en tant que parents, nous avons fait beaucoup d'erreurs parce que nous n'étions pas informés. Nous devons donc protéger nos enfants si nous ne voulons pas qu'ils passent par le même processus. Nous avons la responsabilité, en tant que parents et en tant que chefs religieux, de nous assurer que les enfants ont accès aux informations, surtout les filles et ceux qui sont vulnérables. Pour former des adultes mûrs qui seront les leaders de demain, nous devons commencer à parler des questions qui les touchent maintenant. Nous ne devons pas attendre qu'ils soient beaucoup plus âgés. »

Révérend Phumzile Mabizela, Directeur exécutif, INERELA

3.2 Cible 2

Une formation à la SSR et à l'ESC est mise en place et appliquée pour les enseignants, les personnels de santé et les travailleurs sociaux, avant la prise de fonction et pendant l'exercice de sa fonction, dans l'ensemble des 20 pays

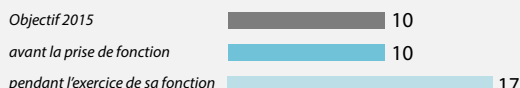


Objectif atteint et excédé

Indicateur: % d'écoles où se trouvent des enseignants formés et qui ont dispensé une éducation sexuelle et sur le VIH axée sur les compétences de vie au cours de la dernière année scolaire.



Indicateur: Nombre de pays offrant et ayant mis en œuvre des programmes de formation pour le personnel avant la prise de fonction et pendant l'exercice de sa fonction, sur la façon de dispenser les services adaptés aux jeunes



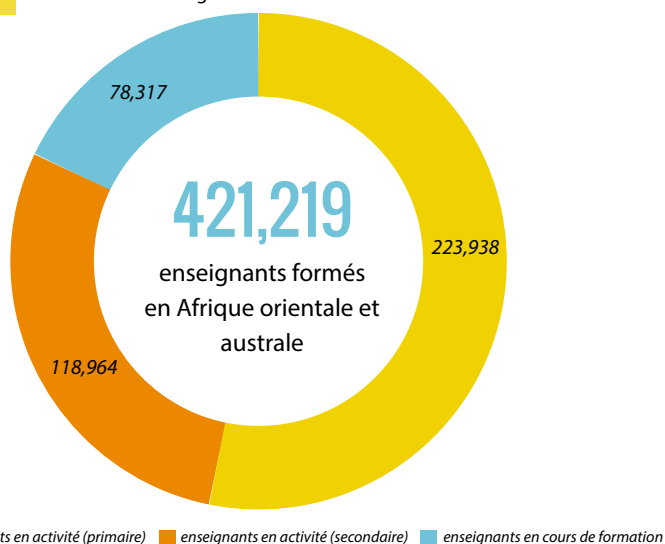
3.2.1 Formation des enseignants

L'engagement de l'AOA reconnaît que l'éducation de qualité et les apports médico-sanitaires que l'ESC peut générer exigent que nous investissions auprès des enseignants pour veiller à ce qu'ils soient bien formés, dotés de ressources et soutenus pour dispenser les programmes dans le milieu scolaire et hors scolaire. La formation efficace des enseignants inclut une clarification des valeurs visant à décomposer leurs préjugés et jugements personnels ainsi que les valeurs qui émergent en discutant des questions de sexualité. Ce processus permet de changer les valeurs, attitudes et connaissances des enseignants en matière d'ESC et les invite à s'interroger personnellement sur la sexualité.

Les conclusions du rapport de 2015 sur le statut de l'ESC dans le cadre de la formation des enseignants, que ce soit avant l'emploi ou en cours d'emploi, indiquent que dans 95% des pays de l'AOA, on trouve une certaine modalité de formation sur l'éducation sur le VIH basée sur les compétences de vie, pour les enseignants en activité. Cependant, seuls 38% des pays ont intégré l'ESC comme module obligatoire à la formation des enseignants. Ceci implique que les enseignants de certains pays pourraient être mal préparés pour traiter chaque séquence d'ESC en classe et cela mène à penser également qu'il est nécessaire de clarifier davantage la recherche pour confirmer si la formation des enseignants avant l'emploi les prépare du fait, au contenu des cours d'ESC suggérés et aux domaines décrits dans les internationaux principes directeurs sur l'éducation sexuelle.

Le rapport recommande d'améliorer et d'élargir la formation des enseignants et la construction de leurs compétences dans l'utilisation de méthodes participatives, du mentorat et du soutien continu. La formation doit être axée sur les résultats de la santé les plus approuvés dans la prévention et la gestion du VIH, des IST et des grossesses précoces et involontaires, et doit aider les jeunes à faire des choix éclairés quant à leurs besoins de SSR. En réponse à la forte demande de formation à l'ESC, plusieurs centaines de milliers d'enseignants ont été formés ces deux dernières années.

FIGURE 3.3: Nombre total d'enseignants formés à l'ESC entre 2013 et 2015



BONNE PRATIQUE: Lancement du tout premier outil de formation en ligne des enseignants en Afrique orientale et australe

En 2015, les partenaires de l'engagement de l'AOA ont lancé une formation régionale en ligne pour le personnel en cours d'emploi. Ce cours en ligne a pour but d'augmenter le nombre d'enseignants de l'AOA qualifiés pour enseigner l'éducation sexuelle, et d'améliorer ainsi la qualité des programmes d'éducation sexuelle à l'école.

Le cours a démarré en septembre 2015 avec neuf pays inscrits (Zambie, Malawi, Swaziland, Afrique du Sud, Lesotho, Namibie, Ouganda, Soudan du Sud et Botswana). Les enseignants ont été sélectionnés par les ministères de l'Éducation et des coordinateurs de cours ont été désignés pour superviser et appuyer la formation au niveau des pays. Au total, 847 enseignants ont été formés avec une augmentation moyenne des connaissances de 10% (un cours normal apporte une augmentation des connaissances d'environ 5%). Enfin, 99% des éducateurs qui ont achevé le cours ont situé leur niveau à plus de 80% de la qualité du contenu et de l'expérience. Le cours a par ailleurs été traduit en swahili, en portugais et en français.

La demande augmente toujours et cette formation a suscité l'attention d'autres éducateurs qui ne sont pas des enseignants en salle de classe, mais qui jouent un rôle crucial dans la supervision des programmes scolaires et la mise en œuvre au niveau des pays. Parmi eux, on compte des inspecteurs des écoles, des fonctionnaires chargés des normes d'éducation, des responsables des programmes scolaires et des agents d'évaluation. La formation sera donc déployée dans tous les pays de la région de l'AOA.

«Parfois mon professeur considère notre leçon d'orientation de la vie comme un temps libre et il nous encourage à étudier d'autres sujets. Il dit que nous devrions nous concentrer sur des sujets que nous devons maîtriser et qui seront évalués à la fin de l'année. Parfois, nous avons des discussions à propos de la puberté et des choses comme telle mais assez souvent.»

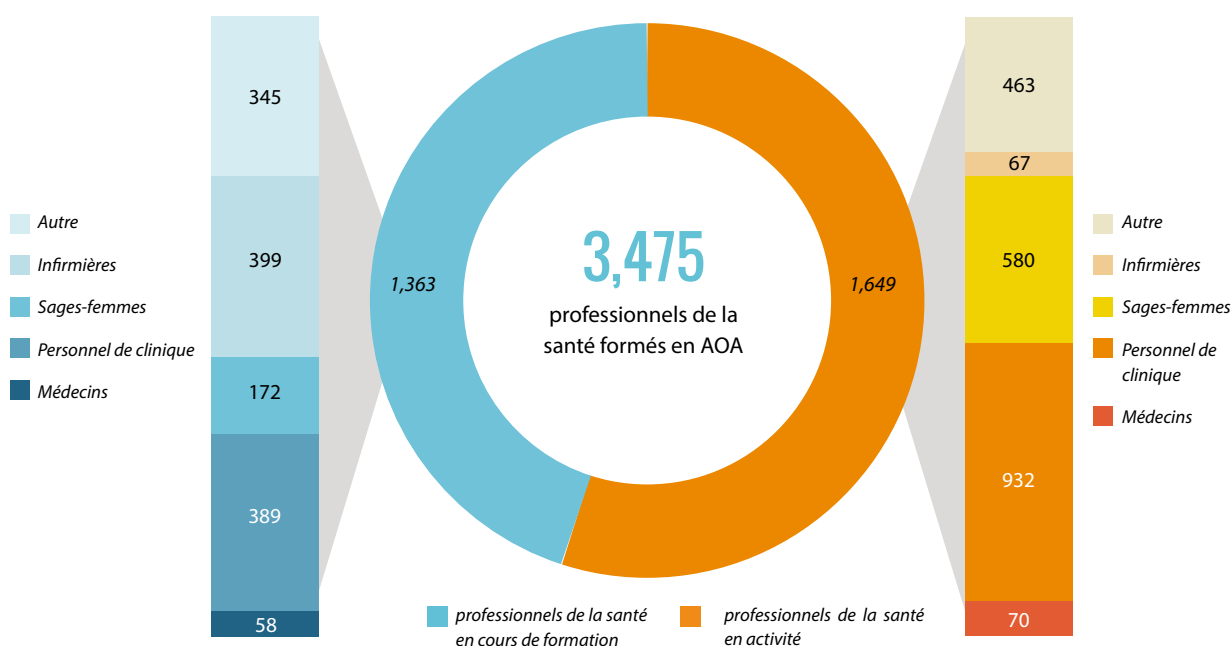
Jeune homme, 14 ans, Afrique du Sud

3.2.2 Formation des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux

L'engagement souligne l'importance cruciale de la formation et de la supervision des professionnels de la santé pour la prestation de SSR de qualité. L'apprentissage continu par l'éducation avant l'emploi ou en cours d'emploi est essentiel pour: renforcer les capacités des professionnels de la santé et aborder les aspects liés au développement et au contexte de la santé des adolescents et des jeunes dans une société; les familiariser avec les politiques nationales, directives et normes pertinentes pour ces besoins; et enfin, améliorer leurs compétences en matière de consultation, de communication interpersonnelle et de soins interdisciplinaires. La formation et la supervision aident également à clarifier les attitudes personnelles et professionnelles des travailleurs de la santé envers la sexualité des jeunes et à minimiser a priori les risques.

En 2015, une étude a été entreprise en AOA pour évaluer le niveau d'institutionnalisation de la prestation des services de santé adaptés aux jeunes, au sein des institutions de formation des professionnels de la santé avant l'emploi ou en cours d'emploi. Les conclusions de l'étude montrent que la plupart des pays ont mis en place des programmes de formation et qu'ils mettent en œuvre telles formations, avant et pendant l'emploi. Cependant, des renforcements supplémentaires sont nécessaires pour veiller à ce que les programmes et matériels de formation soient entièrement conformes et alignés sur les dernières directives de l'OMS, et qu'ils soient institutionnalisés au sein des ministères de la Santé et de l'Éducation et des institutions de formation nationales. L'étude a également conclu que les politiques, directives, stratégies, plans d'action, programmes de renforcement des capacités et matériels de formation n'étaient pas entièrement alignés sur les dernières recommandations nationales et internationales et qu'ils devraient être examinés et mis à jour. Par ailleurs, le renforcement des capacités des éducateurs et formateurs à la santé avant et pendant l'emploi n'est pas suffisant pour leur permettre de former les étudiants sur la prestation de services de SSAAJ de qualité, indiquant par là que les formateurs avant l'emploi ou en cours d'emploi, avaient eux-mêmes besoin de formation dans la prestation des services de SSAAJ.

FIGURE 3.4: Nombre total de professionnels de la santé et de travailleurs sociaux formés à la prestation de services de santé adaptés aux jeunes sur une période de 2 ans



Les conclusions de l'étude orienteront l'élaboration de lignes directrices régionales sur l'institutionnalisation des SSAAJ et celles des cours et matériels les plus modernes pour la formation en SSAAJ destinée aux professionnels de la santé avant l'emploi ou en cours d'emploi. Les CER, les instituts de formation et les ministères de la Santé et de l'Éducation de la région pourront ensuite adopter ces lignes directrices.

« C'est difficile de voir des jeunes filles de 13, 14, 15 ans tomber enceintes. Des filles qui ne comprennent pas ce qui se passe dans leur corps. Elles n'ont souvent personne à qui parler ou vers qui se tourner. Alors parfois, je leur demande personnellement « à quoi tu penses ? qu'est-ce que tu ressens ? », parce que personne n'est là pour vraiment écouter ces filles. Elles ont besoin qu'on leur donne l'occasion de s'exprimer et de partager ce qu'elles pensent et comment elles se sentent dans leurs familles, dans leurs communautés et dans les structures de santé. »

Daphne, 31 ans, médecin à l'Hôpital central du Malawi

3.3 Cible 3

Diminuer de 50% le nombre de jeunes n'ayant pas accès à des services de SSR qui leur soient adaptés



Indicateur: Nombre de pays ayant instauré une stratégie ou un plan national d'ESC, avec un budget pévisionnel, visant à améliorer l'accès des jeunes non scolarisés aux SSAAJ, et conforme aux normes régionales/internationales



Indicateur: % de pays offrant un minimum de services de SSR de base adaptés aux jeunes



L'engagement ministériel de l'AOA s'est spécifiquement enrôlé, entre autres, à intégrer et à généraliser des services de SSR et de prévention au VIH pour les jeunes qui prennent en compte les contextes socioculturels, afin d'améliorer de manière adaptée à l'âge l'accès et le recours aux services de SSR de qualité et aux produits de base, notamment: les préservatifs, la contraception, le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, les conseils sur le VIH et le dépistage, le traitement et les soins contre le VIH et les IST, le planning familial, l'avortement dans des conditions sûres (lorsqu'il est légal), les soins post-avortement, l'accouchement dans des conditions sûres, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et tout autre service apparenté destiné aux jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non.

Quels sont les «services de SSR aux jeunes»?

D'après le cadre de l'OMS sur la qualité des soins (2015), pour être considérés comme adaptés aux jeunes, les services de santé doivent être:

(i) Acceptables: c.-à-d. que les adolescents sont enclins à accéder aux services mis à leur disposition;

(ii) Équitables: c.-à-d. que tous les adolescents, pas seulement certains groupes, ont accès aux services de santé disponibles;

(iii) Appropriés: c.-à-d. qu'on leur fournit les bons services de santé;

(iv) Efficaces, c.-à-d. que les bons services de santé sont offerts de la bonne manière et qu'ils contribuent positivement à leur santé;

(v) Accessibles: c.-à-d. que les adolescents sont en mesure d'accéder aux services de santé disponibles.

Dans la région de l'AOA, quatre pays seulement ont fourni des données cumulées sur le nombre d'adolescents et de jeunes ayant accédé aux SSAAJ pendant la période couverte par le compte-rendu. Il va sans dire que pour ces pays, les chiffres ne reflétaient pas nécessairement les résultats collectifs nationaux, ce qui indique qu'il est nécessaire de renforcer la collecte des données et les comptes-rendus sur la prestation des services de SSR pour les jeunes.

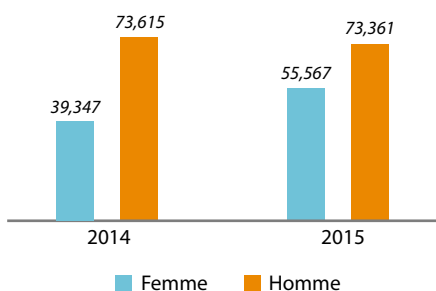
Le faible accès aux soins de qualité constitue l'un des obstacles principaux à la réalisation des droits à la SSR des jeunes dans la région. L'accès à des soins de SSR incluant un soutien au développement sexuel, à la santé reproductive, aux relations, à l'intimité et aux questions de genre, est d'une importance particulière. Tous les jeunes, indépendamment du genre, de l'orientation sexuelle, de la situation matrimoniale, de l'âge, des handicaps ou des croyances religieuses ou politiques, doivent avoir le droit d'accéder à ces services. Cependant, l'accès aux services de SSR est entravé par la stigmatisation des professionnels de la santé prompts à critiquer; par l'absence de confidentialité; par le manque de connaissances; et, dans nombreux cas, par les contraintes juridiques et politiques liées à l'âge du consentement, aux rôles des genres et à la situation matrimoniale.

En AOA, le besoin non satisfait de planning familial est estimé à 26%²², ce qui octroie à cette région la première place mondiale, aux côtés de l'Amérique latine et des Caraïbes. L'une des crises de la santé publique les plus préoccupantes dans la région est l'avortement non médicalisé, qui représente jusqu'à 13% des décès maternels dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne²³. Les adolescents et les jeunes ont besoin plus que de services offerts aux fins du planning familial, et face à l'élan de l'engagement de l'AOA, on observe une sensibilisation et une compréhension croissantes de l'accès à des services de santé adaptés aux jeunes (SSAAJ).

« En grandissant, mes parents étaient très ouverts avec moi sur le sujet de la sexualité et les relations. Ça m'a donné la confiance en moi-même pour attendre jusqu'à ce que j'aie fini l'école et que je sois prêt mentalement et émotionnellement pour me lancer dans ma première relation sexuelle. Même si tous mes amis et camarades étaient sexuellement actifs, j'étais confiant dans ma décision de repousser les rapports sexuels. »

Jeune homme, 26 ans, Kenya

FIGURE 3.5: Nombre de jeunes ayant accédé aux services de santé adaptés aux jeunes dans 7 des 21 pays qui ont fourni des données²⁴



250,824

jeunes ayant accédé aux services de santé adaptés aux jeunes dans 7 des 21 pays qui ont fourni des données.

²² Loaiza E. and Liang M. 2013. *Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence* (« Grosseesse des adolescentes: Examen des éléments de preuve »).

²³ Sawyer S. et al. 2012. *Patton Adolescence: a foundation for future health* (« L'adolescence: un fondement de la santé future »).

²⁴ Country reporting template. 2016. Note: The 7 countries that provided data on YFS are: Angola, Burundi, Kenya, South Sudan, Swaziland and Uganda.

3.3.1 Statut et qualité des SSAAJ

Si des progrès sont visibles dans la région de l'AOA, les conclusions préliminaires d'une évaluation régionale de la prestation des SSAAJ²⁵ indiquent que le niveau d'alignement et de mise en œuvre des normes nationales par rapport aux directives internationales de l'OMS varient au sein des pays et entre eux.

Cette évaluation incluait l'examen documentaire d'analyses, d'évaluations, de politiques, de directives et de normes de 23 pays²⁶. Les conclusions de ce processus ont révélé ce qui suit:

- Des directives et/ou normes pour la prestation des SSAAJ sont disponibles dans 16 pays, à savoir le Botswana, le Burundi, la RDC, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, Madagascar, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Rwanda, l'Afrique du Sud, le Swaziland, la Tanzanie, l'Ouganda et la Zambie. L'Érythrée et les Seychelles ont des avant-projets de directives, mais leur adoption n'est pas confirmée.
- La norme s'appliquant à définir l'ensemble adéquat de services est abordée par les 16 pays et chacun a défini les services qui doivent être fournis aux adolescents et aux jeunes.
- Tandis que la plupart des directives nationales cherchent à s'aligner sur les normes mondiales de l'OMS, plusieurs domaines restent à améliorer:
 - 12 des 16 pays ont instauré des normes claires quant aux connaissances des adolescents sur la santé; le Botswana, Madagascar, la Namibie et la Zambie n'ont pas de normes spécifiques.
 - La norme sur l'appui communautaire est abordée dans 13 des 16 pays, tandis que le Burundi, le Malawi et l'Afrique du Sud n'ont pas de norme spécifique à ce sujet.
 - La norme sur les caractéristiques d'installations est abordée dans 13 des 16 pays, tandis que le Malawi, le Rwanda et la Tanzanie n'ont pas de norme spécifique à ce sujet.
 - La norme sur l'équité et la non-discrimination est abordée dans seulement 10 des 16 pays.
 - La norme sur l'amélioration de la qualité des données est abordée dans 13 des 16 pays, tandis que le Botswana, l'Éthiopie et le Kenya n'ont pas de norme spécifique à ce sujet.
 - La norme sur la participation des adolescents est abordée dans 13 des 16 pays, tandis que le Burundi, le Malawi et l'Afrique du Sud n'ont pas de norme spécifique à ce sujet.

FIGURE 3.5: Ensemble des services de SSR adaptés aux jeunes offerts dans la région



²⁵Bureau régional pour l'Afrique de l'IPPF et ESARO du FNUAP. Assessment of Adolescents and Youth Friendly Health Service Delivery in the East and Southern Africa Region. (Conclusions soumises à la validation par les pays).

²⁶ Les 21 pays de l'engagement sont inclus, plus les Comores et l'Érythrée.



BONNE PRATIQUE: Le Malawi renforce l'accès aux services de SSR pour les jeunes

En 2014, le MdS du Malawi a effectué une étude complète du programme de services de santé adapté aux jeunes, pour en évaluer la couverture, la qualité et les réalisations. Cette démarche a mis en évidence les forces et les faiblesses du programme actuel de SSAAJ:

Couverture des services: La majorité des jeunes ont rapporté avoir bénéficié des SSAAJ pour la première fois au cours des 12 mois qui ont précédé l'évaluation, ce qui mène à penser que le programme de SSAAJ a gagné de l'importance au cours des deux dernières années. Bien que les jeunes soient globalement bien informés de la disponibilité et de l'emplacement des services de santé disponibles (69,7%), la sensibilisation et le recours aux programmes de SSAAJ sont faibles au Malawi. En effet, moins du tiers des jeunes sondés ont rapporté avoir entendu parler des SSAAJ et seulement 13% ont rapporté avoir déjà eu recours à ces services. Ceux qui vivent dans des communautés où les structures de santé offrent les SSAAJ ont affirmé qu'ils en savaient plus sur les SSAAJ que les jeunes des communautés où les structures de santé n'offrent pas ces services: respectivement environ 35% contre 25%. De la même manière, le recours aux services était aussi plus élevé dans les communautés où les SSAAJ étaient disponibles. La connaissance et le recours aux SSAAJ varient en fonction des quartiers et des zones, mais aussi de l'âge, de l'expérience sexuelle et de la scolarisation des jeunes interrogés. Les jeunes sexuellement expérimentés, non scolarisés ou plus âgés ont affirmé avoir recours aux SSAAJ plus souvent que leurs homologues. La plupart de ceux qui ont eu recours aux SSAAJ se sont montrés satisfaits des services reçus.

Formation et supervision des prestataires de services: 68% des professionnels de la santé employés dans les centres médicaux et 73% des professionnels de la santé employés dans les hôpitaux ont affirmé avoir été formés à fournir les SSAAJ.

Les résultats de cette évaluation devront orienter les futurs SSAAJ, y compris la programmation sur le VIH au Malawi. Ces informations devraient aider à renforcer les capacités des professionnels de la santé et accroître le respect des principes clés des normes nationales sur les SSAAJ; à retarder les premières expériences sexuelles chez les jeunes adolescents; et enfin, à promouvoir des comportements sexuels plus sains chez les jeunes plus âgés.

3.3.3 Statut de la prestation des SSAAJ

Les conclusions préliminaires d'une évaluation des structures entreprise dans 14 pays confirment celles d'évaluations précédentes sur les obstacles à l'accès aux SSAAJ dans la région de l'AOA, qui sont la crainte, la honte, la stigmatisation, les attitudes négatives des professionnels de la santé et le manque d'information sur le lieu et la nature des services disponibles. Ces conclusions soulignent également ce que les jeunes attendent des SSAAJ, notamment la protection de la vie privée et de la confidentialité, des prix bas et d'un personnel accueillant. En outre, les conclusions ont mis en évidence les progrès limités de l'amélioration de la prestation des services, surtout pour les groupes d'adolescents et de jeunes les plus vulnérables et marginalisés, la faible exploitation des données pour l'assurance qualité et l'amélioration des services et la disponibilité limitée des opportunités de perfectionnement des professionnels de la santé en matière de prestation des SSAAJ.

Les conclusions de l'analyse bibliographique de l'étude indiquent que 9 des 23 pays ont mis à l'échelle les SSAAJ avec différents degrés de réussite. Ces pays sont le Botswana, le Burundi, l'Éthiopie, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, l'Afrique du Sud et la Tanzanie. Toutefois, dans la plupart des pays les SSAAJ restent des projets pilotes à petite échelle et isolés.

Il faut noter que le type de service offert aux jeunes est également important. Par exemple, les programmes d'utilisation de préservatif axés sur les jeunes peuvent accroître l'accessibilité et la confiance chez ceux qui sont sexuellement actifs. De plus, pour généraliser les services et garantir leur accessibilité, il est crucial d'éliminer les obstacles comme le consentement des parents ou du conjoint qui institutionnalisent encore les violations des droits sexuels et reproductifs. Et pour garantir de meilleurs résultats chez les jeunes, il faut intégrer les services liés au VIH/sida au sein de la prestation globale des services de santé. Par ailleurs, l'accès aux services de SSR adaptés aux jeunes, y compris le dépistage et le traitement du cancer des organes reproducteurs, la prévention et la lutte contre les violences, et la prévention du VIH, le traitement, les soins et le soutien se sont avérés vitaux chez les jeunes femmes vivant avec le VIH.²² Les études en Afrique australe ont démontré que l'accès à de tels services et aux groupes d'entraide ont aidé les jeunes à adhérer au traitement antirétroviral. Enfin, pour réduire le nombre de grossesses involontaires et les nouvelles infections chez les enfants, il est essentiel de garantir que les jeunes femmes et les adolescents aient accès aux services de contraception et de soins prénataux de qualité.

Les éléments de preuves disponibles ont démontré que le recours accru aux services de santé adaptés aux jeunes requiert la mise en place de quatre composantes cruciales et complémentaires: 1) la formation et l'appui continus aux professionnels de la santé; 2) l'amélioration de l'accueil des adolescents dans les centres médicaux; 3) la communication avec les adolescents et les activités de sensibilisation pour encourager leur utilisation des services de SSR; et 4) le soutien de la communauté pour reconnaître l'importance de ces services pour les adolescents.

²⁷ Bureau régional pour l'Afrique de l'IPPF et ESARO du FNUAP. Assessment of Adolescents and Youth Friendly Health Service Delivery in the East and Southern Africa Region. (Conclusions soumises à la validation par les pays).

²⁸ ONUSIDA et Union africaine. 2015. *Empower young women and adolescent girls: Fast-Track the end of the AIDS epidemic in Africa.*

3.4 Leçons tirées de deux ans d'action

- 1 L'appropriation par le gouvernement est essentielle à la mise en œuvre réussie de l'engagement de l'AOA; c'est pour cette raison que le gouvernement doit jouer un rôle clé dans la coordination, l'affectation des ressources et la mise en œuvre de programmes œuvrant à la réalisation des cibles de l'AOA, tout en veillant à la pérennité des interventions.
- 2 Au niveau des pays, l'engagement de l'AOA a promu l'inclusion de l'ESC et des services de SSR au sein des documents politiques et stratégiques, un grand tournant qui facilite l'application nationale des cibles. Parallèlement, il a permis d'identifier des lacunes importantes dans certaines dispositions politiques, comme par exemple la nécessité d'impliquer les parents dans la prestation de l'ESC et des services de SSR, ainsi que le besoin urgent de réviser ou d'élaborer des politiques sur la grossesse des adolescentes.
- 3 Le partenariat entre les secteurs gouvernementaux au sein des groupes de travail techniques des pays s'est avéré efficace et a permis d'améliorer l'harmonisation des plans et des ressources. A Namibie par exemple, la réussite du développement de la santé des jeunes repose sur une approche approfondie qui se concentre sur trois domaines principaux: la coopération entre les ministères et d'autres OSC pour améliorer la prestation; l'autonomie des jeunes pour impliquer activement les groupes cibles; et par le biais d'activités de loisirs pour les jeunes, la création de liens avec l'offre de services de SSR.
- 4 Au regard du taux élevé de scolarisation à l'école primaire, l'intégration de l'ESC aux nouveaux programmes scolaires de la région de l'AOA a touché un grand nombre d'adolescents et de jeunes. En revanche, le taux d'abandon augmente de la fin du cycle primaire à l'entrée au secondaire, et les programmes d'ESC ciblant les jeunes non scolarisés revêtent alors d'une grande importance. Pourtant, ils sont mal représentés dans la région.
- 5 Davantage d'efforts sont nécessaires dans la région de l'AOA pour pouvoir s'avancer vers l'institutionnalisation et la mise en œuvre généralisée des services de santé adaptés aux jeunes et pour assurer un impact sur la santé et le bien-être des adolescents et des jeunes.
- 6 Il est nécessaire d'harmoniser les efforts des partenaires pour s'assurer que toutes les initiatives axées sur les jeunes soient coordonnées par le même groupe de travail et bien alignées. Par exemple, la plupart des pays ont observé que tirer parti de l'initiative All In! pour coordonner la collecte et l'analyse des données et la planification des programmes représentait une opportunité importante pour l'engagement de l'AOA.
- 7 Le manque de ressources pour mettre en œuvre les plans de travail de l'engagement de l'AOA a été souligné comme un problème compromettant la réalisation des cibles. Il est nécessaire de dialoguer au niveau des pays pour faire pression en faveur de l'allocation de ressources intérieures et d'appuyer les activités rationalisées de l'engagement. Ce budget interne serait complété par un soutien des partenaires du développement.
- 8 Il est important de tirer parti du leadership de la communauté et des jeunes pour réaliser les cibles de l'engagement. L'implication des OSC et des initiatives menées par les jeunes est cruciale pour que l'engagement de l'ESA touche la majorité des adolescents et des jeunes au sein des communautés. L'adhésion des dirigeants communautaires, y compris des chefs religieux, constitue un ingrédient primordial pour la réussite, car ils ont le potentiel d'influencer un grand nombre de fidèles.



CHAPITRE 4

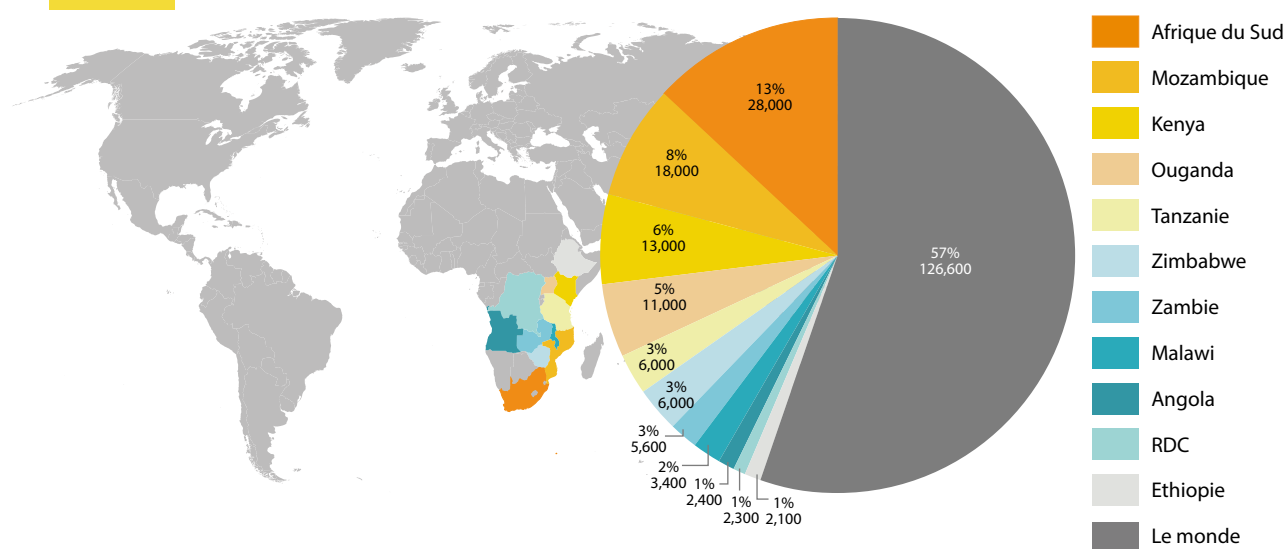
LE CHEMINEMENT VERS L'IMPACT ET LA PROGRESSION VERS LES CIBLES 2020

4.1 Nouvelles infections par le VIH chez les adolescents et les jeunes

Cible 4: Consolider les gains récents et durement acquis en matière de baisse de la prévalence du VIH en AOA, et tendre vers l'élimination de toutes les nouvelles infections par le VIH parmi les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans

En 2013, lorsque l'engagement de l'AOA a été approuvé, la région rapportait 430 000 nouvelles infections chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans²⁹. Depuis, elle a connu une baisse d'environ 6%³⁰, mais cela reste insuffisant et un nombre considérable de jeunes, principalement des jeunes femmes et des membres de la population clé, continuent d'être nouvellement infectés. Les jeunes de cette population clé³¹ sont particulièrement vulnérables au VIH et ils ont moins fréquemment accès aux services de SSR à cause de problèmes généralisés entre autre la discrimination, la stigmatisation et la violence, des facteurs qui contribuent aussi aux comportements à risque comme les rapports non protégés et le partage des aiguilles et des seringues. L'Afrique orientale et australe reste l'épicentre de l'épidémie mondiale de VIH, dont 11 pays figurent parmi les 20 fardeaux les plus élevés par rapport aux nouvelles infections chez les 15-19 ans dans le monde³².

FIGURE 4.0: Nouvelles infections par le VIH chez les jeunes (10-19 ans)³²



Les adolescentes et les jeunes femmes restent considérablement plus vulnérables au VIH que leurs homologues masculins. Selon les estimations de 2015³³, elles représentent environ 70% des nouvelles infectées par le VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans. Le sida est la cause principale de décès chez les adolescentes de la région et pas moins de 4,541 filles et jeunes femmes sont nouvellement infectées par le VIH chaque semaine³³. Malgré ces chiffres élevés, seulement 10% des jeunes hommes et 15% des jeunes femmes connaissent leur statut sérologique³⁴.



En 2015³³,

LES FILLES CONSTITUAIENT ENVIRON 70%

des nouvelles infections par le VIH chez les adolescents et les jeunes de 15 à 24 ans, ce qui représentait

4,541 NOUVELLES INFECTIONS/SEMAINE

Mais soyons optimiste. La région de l'ESA est témoin des tendances positives dans le changement de comportement chez les jeunes, avec une notable baisse dans le pourcentage de jeunes qui sont sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans et une augmentation de l'utilisation du préservatif pour le groupe d'âge des 15-24 ans³⁵. Bien que ces tendances montrent cette baisse du comportement à risque, les jeunes femmes et les filles continuent à faire face aux défis qui gèrent ces risques en raison de déséquilibres de pouvoir.

²⁹ UNAIDS 2013 estimates.

³⁰ Percentage calculation based on 2014 UNAIDS estimates.

³¹ Key populations, or key populations at higher risk, are groups of people who are more likely to be exposed to HIV or to transmit it and whose engagement is critical to a successful HIV response. In all countries, key populations include people living with HIV. In most settings, men who have sex with men, transgender people, people who inject drugs, and sex workers and their clients are at higher risk of exposure to HIV than other groups. However, each country should define the specific populations that are key to their epidemic and response based on the epidemiological and social context. UNAIDS. 2011. *Getting to Zero: UNAIDS Strategy 2011-2015*.

³² Draft *All In!* Report companion document with figures, 2015. Based on UNAIDS 2014 estimates.

³³ UNAIDS 2016 estimates.

³⁴ UNAIDS Strategy 2016-2021.

³⁵ UNAIDS. 2015. *How AIDS changed everything, MDG6; 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response*. Geneva, Switzerland.

En 2015, le PEPFAR a lancé l'initiative DREAMS, un programme de plusieurs millions de dollars visant à prévenir le VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes dans 10 pays à forte prévalence. DREAMS s'efforce de garantir à ce que les filles soient « déterminées, résilientes, autonomes, exemptes du sida, conseillées et en sécurité », et par là, apte à protéger la santé de sa familles, des communautés et de la région dans son ensemble. Les conséquences négatives, comme la pauvreté, les grossesses précoces et les mariages d'enfants, resultent de plusieurs facteurs cognitifs du VIH chez les filles et les femmes: le manque d'éducation, le commerce du sexe et les VLG. Lorsque les déterminants structurels de l'infection par le VIH seront résolus, les adolescentes et les jeunes femmes seront protégées de ces impacts négatifs.

Nous disposons actuellement des preuves évidentes démontrant que l'amélioration de l'éducation conduit à l'amélioration de l'état de santé des jeunes femmes et des filles, surtout concernant le VIH³⁶. Une étude réalisée en 2015 au Botswana a montré que pour chaque année de scolarisation supplémentaire, le risque d'infection par le VIH diminue de 8%, en particulier chez les jeunes femmes³⁷. L'amélioration de l'état de santé inclut la repousse du début de l'activité sexuelle, la diminution des grossesses précoces et involontaires, ainsi que la réduction de l'exposition au VIH, aux IST, et aux VLG.

Les filles et les jeunes femmes doivent ainsi être placées au cœur de la riposte de manière significative, grâce à des interventions ciblées sur la prévention combinée. Cela doit inclure une programmation articulée autour d'interventions clés contre le VIH, pour la santé et doit favoriser les moteurs sociaux, en garantissant des services adaptés aux filles notamment, en incluant les méthodes de contraception moderne pour éviter les grossesses précoces et involontaires, en empêchant les mariages d'enfants, en scolarisant les filles dans des écoles sûres, en dispensant l'ESC, et en réduisant les VLG tout en impliquant les hommes et les garçons.

4.2 Connaissances sur le VIH et le sida chez les jeunes

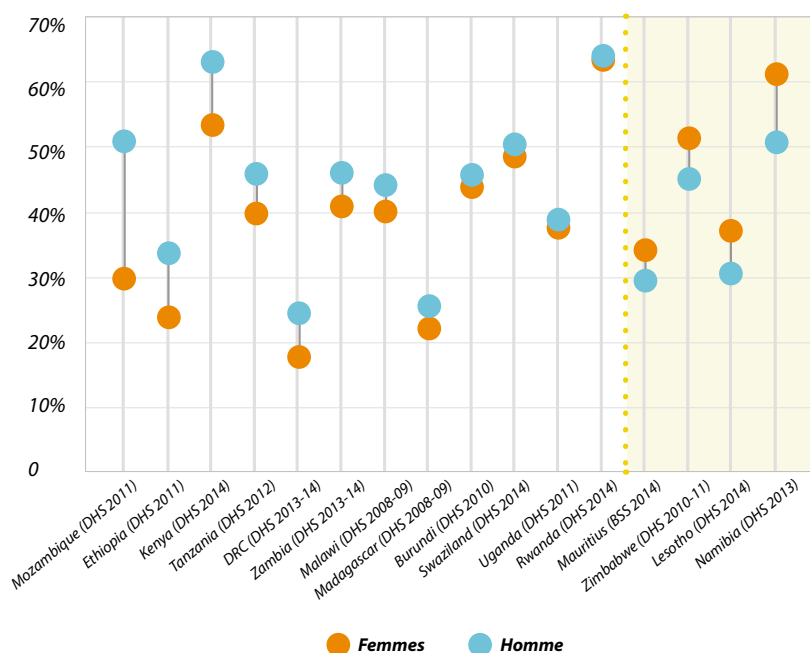
Cible 5: Porter à 95% la proportion d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans possédant un niveau de connaissances détaillées sur la prévention du VIH.

Le niveau moyen de connaissances chez les jeunes de la région s'élève actuellement à 45% pour les garçons et 42% pour les filles³⁸. Les données d'enquêtes démographiques et de santé (EDS) de la région de l'AOA indiquent que dans la majorité des pays (12 pays sur les 15 pour lesquels des données sont disponibles), les connaissances sont plus approfondies chez les garçons. L'écart le plus important entre filles et garçons est observé au Mozambique. Dans presque tous les pays pour lesquels des données sont disponibles, les chercheurs attribuent le genre, l'éducation, la richesse du ménage et le lieu de résidence comme des facteurs contribuant aux disparités des connaissances sur la prévention du VIH entre les filles et les garçons à l'adolescence³⁹. Globalement, les jeunes femmes et les jeunes hommes vivant dans des zones rurales sont moins susceptibles d'avoir un niveau élevé de connaissances sur le VIH par comparaison avec les jeunes hommes vivant dans des zones urbaines⁴⁰.

Le faible niveau de connaissances sur le VIH est en corrélation avec le taux élevé d'infection par le VIH, surtout chez les jeunes filles, et une ESC de qualité qui met l'accent sur le VIH est donc cruciale pour augmenter le niveau de connaissances sur le VIH et les droits de SSR chez les jeunes. L'ESC doit commencer tôt pour favoriser l'acquisition progressive d'informations et de connaissances nécessaires pour développer les compétences et les attitudes et pour permettre de mener une vie remplie et saine.

Les vastes efforts entrepris pour généraliser l'ESC et les services de SSR pour les jeunes dans la région de l'AOA reposent sur le fondement de l'acquisition des connaissances et du changement des comportements chez les adolescents et les jeunes. À cet effet, les efforts continus et l'engagement de toutes les parties prenantes sont nécessaires.

FIGURE 4.1: Connaissances détaillées sur le VIH et le sida chez les filles et les garçons (EDS et MICS 2008-2014)



³⁶ Santelli J. et al. 2015. Trends in HIV acquisition, risk factors and prevention policies among youth in Uganda, 1999-2011.

³⁷ De Neve J. et al. 2015. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment.

³⁸ Données d'EDS récentes dans 12 pays (2010 - 2014).

³⁹ Idele P. et al. 2014. Epidemiology of HIV and AIDS Among Adolescents: Current Status, Inequities, and Data Gaps.

⁴⁰ Ibid.

4.3 Grossesses chez les adolescentes

Cible 6: Réduire de 75% les grossesses précoces et involontaires chez les jeunes

En 2015, on estime à 3,3 millions de nouveau nés chez les adolescentes âgées entre 15 et 19 ans en Afrique orientale et australe, un chiffre qui passera à 5,4 millions d'ici 2035 selon les prévisions. Le manque de connaissances détaillées sur la SSR et le faible accès aux services de santé reproductive sont fortement corrélés aux grossesses des adolescentes. Les filles qui n'ont pas ces connaissances sont plus susceptibles de donner naissance pour la première fois à un enfant avant l'âge de 18 ans. Une part importante des grossesses chez les adolescentes âgées entre 15 et 19 ans sont involontaires, un chiffre compris entre 39% en Tanzanie et 59% au Kenya. L'un des facteurs cruciaux des grossesses involontaires est le manque d'accès à la contraception. Le FNUAP estime que dans l'AOA, 2,4 millions de jeunes sexuellement actifs entre 15 et 19 ans ont un besoin non satisfait en matière de planning familial et les prévisions indiquent que ce chiffre passera à 6,4 millions d'ici 2020 si aucune intervention accélérée ne sera menée pour améliorer l'accès des jeunes au planning familial.

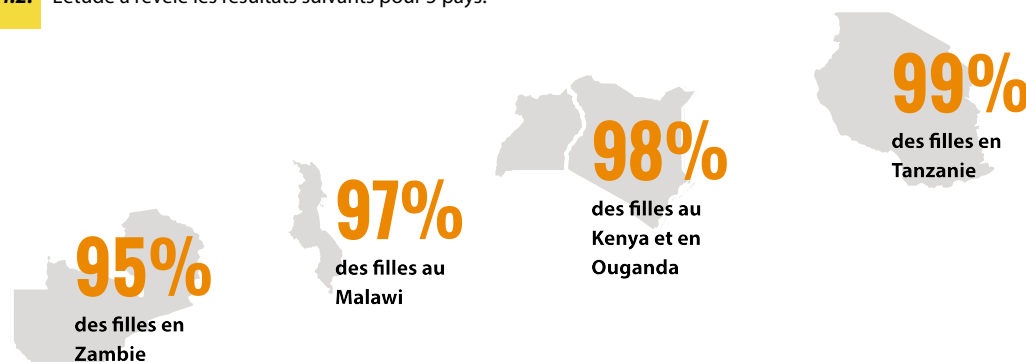
Dans la région de l'AOA, un des problèmes de santé les plus importants associés à la grossesse adolescente involontaire est l'avortement risqué ayant comme conséquence des complications graves. On estime par exemple que 25% des cas d'avortement risqués en Afrique subsaharienne se produisent chez les adolescentes. De plus, des études hospitalières dans divers pays de la région montrent qu'une part élevée des femmes cherchant des soins post-avortement dans des installations de santé ont moins de 20 ans: 17% au Kenya, 21% au Malawi, entre 49 et 58% en Tanzanie, 60% en Zambie et 68% en Ouganda.

L'effet protecteur de l'éducation s'impose lorsqu'on analyse le taux de natalité des adolescentes en fonction des disparités et des inégalités. Les adolescents issus de zones rurales pauvres et n'ayant reçu aucune instruction ont un taux de natalité presque trois fois plus élevé que le taux observé dans les zones urbaines, chez les jeunes avec un niveau d'études secondaires ou supérieures. Une étude réalisée en 2014 au Kenya, en Ouganda, en Tanzanie, au Malawi et au Botswana, analyse comment le secteur de l'éducation réagit face aux grossesses des adolescentes. Elle a trouvé que lorsque les filles abandonnent l'école suite à une grossesse, moins de 5% peuvent réintégrer le système scolaire. Ce qui veut dire que la première grossesse marque la fin de l'éducation des adolescentes et des jeunes femmes.

« Le problème, c'est que même si on sait qu'on doit utiliser un préservatif, il est très difficile de se les procurer. Alors on finit par prendre le risque de rendre notre petite amie enceinte et on espère avoir de la chance. Si je savais où trouver des préservatifs sans problème, je les utiliserais. »

Jeune homme, 17 ans, Zimbabwe

FIGURE 4.2: L'étude a révélé les résultats suivants pour 5 pays:



Selon un examen détaillé des diverses lois et politiques des 23 pays de l'AOA en 2015, seulement la moitié environ des pays de l'AOA disposent d'une législation et de politiques sur la gestion des grossesses chez les adolescentes scolarisées et leur réadmission après l'accouchement. Or, la majorité de ces pays ont tendance à aborder ces cas du point de vue punitif, par exemple en interdisant aux élèves de revenir dans leur école habituelle, en les excluant pour une période prédéterminée ou en les expulsant en raison de leur grossesse.

Les grossesses chez les filles de moins de 18 ans ont des conséquences irréparables. En effet, elles affectent la SSR, et en interrompant le parcours éducatif des filles, elles coûtent cher au développement des communautés, en particulier du fait qu'elles perpétuent le cycle de la pauvreté. Les projections tendanciennes estiment qu'en interdisant les nouvelles interventions et en supposant un statu quo dans la programmation, la région de l'AOA verra environ 6 millions de grossesses d'adolescentes d'ici 2020, et 7,4 millions d'ici 2030.

⁴¹ UNFPA. 2016. *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*.

⁴² Birungi H. et al. 2015. *Education Sector Response to Early and Unintended Pregnancy: A Review of Country Experiences in Sub-Saharan Africa*.

⁴³ FNUAP. 2016. *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*.

⁴⁴ OMS. 2011. *Early marriages, adolescent and young pregnancies: report by the Secretariat*.

⁴⁵ Shah I. and Ahman E. 2004. *Age patterns of unsafe abortion in developing country regions*. *Reproductive Health Matters* 12 (suppl. 24): 9-17.

⁴⁶ Birungi H. et al. 2015. *Education Sector Response to Early and Unintended Pregnancy: A Review of Country Experiences in Sub-Saharan Africa*.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ FNUAP (2016). *Harmonization of the legal environment of adolescent sexual and reproductive health in the East and Southern Africa region*. Les 21 pays de l'engagement sont inclus, plus les Comores et l'Érythrée.

⁴⁹ Loaiza E. and Liang M. 2013. *Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence*.

4.4 Violences liées au genre

Cible 7: Éliminer les violences liées au genre

Les VLG ont des conséquences graves sur la santé et le bien-être des jeunes; elles affectent négativement leur éducation, elles peuvent causer une détresse psychologique et mener à des problèmes de santé graves. Elles se produisent à la maison, dans les communautés et dans les institutions publiques, notamment les écoles. Les jeunes apprennent le mieux dans les écoles qui fournissent un environnement sûr et où ils sont accompagnés; mais ils subissent les violences et le harcèlement à l'école, autour et en chemin.

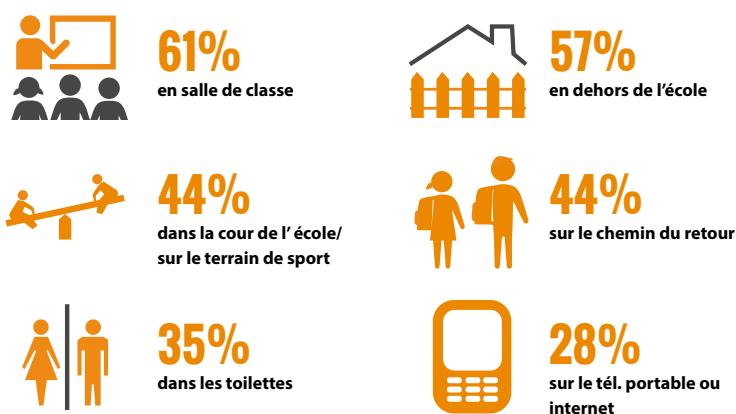
Les violences scolaires liées au genre (VSLG) sont définies comme les actes ou menaces de violence sexuelle, physique ou psychologique se produisant dans les écoles et autour d'elles, commis en conséquence des normes de genre et des stéréotypes et exécutés par la dynamique inégale des pouvoirs. Les VSLG sont complexes et ont de multiples facettes, ce qui inclut différentes manifestations de violence physique, sexuelle et ou psychologique comme la violence verbale, l'intimidation, le harcèlement et les abus sexuels, la contrainte, l'agression et le viol.

Une étude a été réalisée en 2014 sur cinq pays, traitant le genre, la diversité et la violence à l'école. Elle sensibilise les ministères et d'autres acteurs du secteur de l'éducation à ces questions, et elle garantit à ce que les écoles offrent un environnement sûr pour tous les jeunes, y compris ceux qui ne se conforment pas aux normes et aux stéréotypes de genre existantes ou qui sont perçus comme tels. Cette étude a identifié les domaines où la violence se produit couramment dans les écoles, comme illustré ci-dessous:

Ce qui est la violence liées au genre?

Les violences liées au genre (VLG) impliquent tous les actes perpétrés à l'encontre des femmes, des hommes, des garçons et des filles en raison de leur sexe, qui causent ou peuvent causer des torts physiques, sexuels, psychologiques, émotionnels ou économiques, y compris les menaces de perpétrer de tels actes ou d'imposer des restrictions ou des privations arbitraires des libertés fondamentales, dans la vie privée ou publique, en période de paix ou de conflit armé ou d'autres formes de conflits. Les VLG englobent les violences conjugales, le harcèlement sexuel sur le lieu de travail, le trafic de personnes et les abus sexuels et émotionnels.

FIGURE 4.3: Où se produisent les VSLG ?



« J'ai été forcée au mariage en classe de 3e, quand je suis rentrée à la maison en retard après l'école un jour, avec un garçon qui m'avait demandé de sortir avec lui. Mon père m'a dit de retourner chez le garçon avec qui j'étais. Je n'étais pas enceinte alors, mais après avoir passé quatre mois avec lui, je suis tombée enceinte. Après avoir donné naissance à mon bébé, je voulais retourner à l'école, mais le garçon avec qui j'étais a refusé me laisser partir. Il a commencé à se droguer et à boire; il n'avait pas les moyens d'acheter à manger et des vêtements pour moi et le bébé. J'irais bien voir ma mère pour chercher de la nourriture mais je peux le faire seulement s'il n'est pas là parce que sinon, il me battrait. »

Jeune femme, 20 ans, Zimbabwe

Dans les pays d'Afrique australe, où une fille sur trois a déjà été forcée d'avoir des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans, une part considérable de la population a très peu de pouvoir lorsqu'il s'agit de prendre des décisions quant à sa santé sexuelle. Les filles qui subissent des violences sexuelles courent un risque plus élevé d'infection par le VIH et elles sont aussi souvent incapables de participer aux programmes de prévention du sida. Même si les violences sexuelles affectent tous les enfants, les filles sont particulièrement vulnérables à cause des normes de genre qui encouragent les hommes à se montrer agressifs d'une part, et les femmes à n'avoir que peu de contrôle sur leur corps et leur sécurité d'autre part.

Dans beaucoup de contextes, l'utilisation de l'éducation s'est montrée efficace pour impliquer les jeunes dans des réflexions critiques sur les questions de genre et les normes sociales, sur les stéréotypes de la masculinité et la féminité et sur la façon dont ces normes et stéréotypes peuvent affecter la vie et les relations des jeunes. L'éducation peut fournir aux jeunes les compétences de vie et les attitudes nécessaires pour s'engager dans des relations saines avec leurs pairs et pour prévenir la violence. À cet effet, il est nécessaire d'entreprendre des efforts pour renforcer les programmes scolaires et les pédagogies sensibles au genre et pour dispenser l'ESC. Ce point est important non seulement pour réduire la VSLG, mais aussi afin d'équiper les jeunes pour éviter et réduire la violence dans la communauté plus large et dans leurs propres vies dans l'avenir.

³⁰ UNESCO, 2015. School-related gender based violence is preventing the achievement of quality education for all. Policy paper 17.

³¹ Anderson N. 2006. Prevention for those who have freedom of choice – or among the choice-disabled: confronting equity in the AIDS epidemic.

4.5 Mariages d'enfants

Cible 8: Éliminer les mariages d'enfants

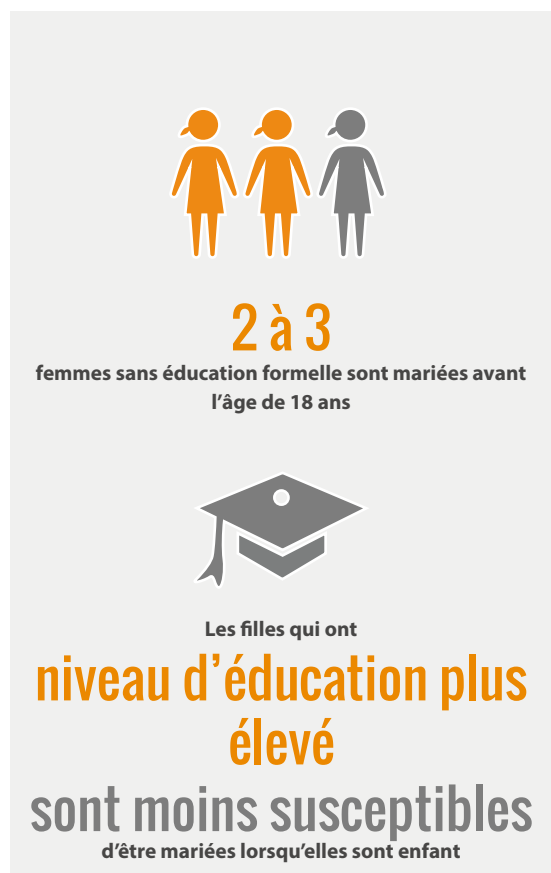
La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant interdit le mariage de tout mineur de moins de 18 ans. Toutefois, dans la majorité des pays de la région de l'AOA, le droit traditionnel ou coutumier continue d'approuver le mariage d'enfants. Le taux de mariages d'enfants chez les femmes entre 20 et 24 ans est élevé dans beaucoup de pays de l'AOA. En effet, dans 12 des 21 pays pour lesquels des données sont disponibles, plus d'une femme sur trois âgée de 20 à 24 ans rapporte avoir été mariée avant l'âge de 18 ans⁵². La pauvreté est un moteur clé des mariages d'enfants, et deux fois plus de filles issues de foyers pauvres sont mariées avant l'âge de 18 ans, par rapport aux filles de foyers plus aisés. Par ailleurs, le mariage d'enfants est associé à un taux plus élevé de grossesse des adolescentes, ce qui implique que les jeunes filles doivent prendre soin de beaucoup d'enfants tandis qu'elles sont elles-mêmes jeunes.

L'Afrique fait des efforts concertés pour éliminer les mariages d'enfants. En effet, l'Union africaine a lancé une campagne continentale pour mettre fin au mariage d'enfants en Afrique, et des efforts régionaux entrepris pour ce faire incluent une loi-type sur le mariage d'enfants, rédigée par la SADC, pour adoption par les pays de toute la sous-région de l'Afrique australe. En outre, la cour constitutionnelle du Zimbabwe a récemment rendu un verdict historique contre le mariage des mineurs⁵³; la Zambie a adopté une stratégie nationale de cinq ans pour mettre fin aux mariages d'enfants; et en 2015, les dirigeants traditionnels du Malawi, qui est en phase de mettre fin à cette pratique, ont annulé 300 mariages d'enfants.

L'éducation constitue un outil puissant contre les mariages d'enfants car les filles qui sont scolarisées plus longtemps sont moins susceptibles de se marier lorsqu'elles sont encore des enfants. Au Mozambique, près de 60% des filles sans éducation sont mariées avant 18 ans, par rapport à 10% des filles ayant fait des études secondaires, et moins d'un pour cent des filles avec un diplôme de l'enseignement supérieur. De même, au Malawi, sur trois femmes sans éducation formelle, deux étaient mariées lorsqu'elles étaient encore enfant, par rapport à une femme sur vingt pour celles qui ont un niveau d'éducation secondaire ou plus élevé⁵⁴.

Un rapport sur l'harmonisation de l'environnement juridique de la santé sexuelle et reproductive des adolescents en Afrique orientale et australe a noté que seulement six pays dans la région de l'engagement de l'AOA fixent l'âge du consentement au mariage à 18 ans sans exception. Malgré l'existence de telles lois, le taux de mariages d'enfants reste élevé à cause des lois contradictoires ou de leur manque d'application. Au Malawi par exemple, la constitution autorise le mariage des 15-18 ans avec l'accord parental; mais la législation interne récente fixe l'âge du consentement à 18 ans pour toutes les formes de mariage. Pour que les mariages d'enfants soient éradiqués, il faut donc harmoniser constitution et législation, et droit civil et droit coutumier.

En novembre 2015, à l'occasion du premier Sommet des Filles africaines sur l'élimination du mariage des enfants en Afrique, les Chefs d'État et de gouvernements se sont engagés à redoubler d'efforts en vue d'éliminer le mariage des enfants et à toutes les pratiques traditionnelles néfastes, notamment l'excision. Ils se sont également engagés à favoriser un mouvement social dans tous leurs pays aux niveaux local, régional et national, et ce, avec la participation des jeunes, des dirigeants traditionnels et religieux, des chefs des communautés, du gouvernement et des partenaires comme les OSC, des parents et des anciens pour éliminer le mariage des enfants. Pour finir, ils se sont engagés à utiliser des interventions et des mesures ciblées afin de garder les petites filles dans le système éducatif jusqu'à l'âge de 18 ans.



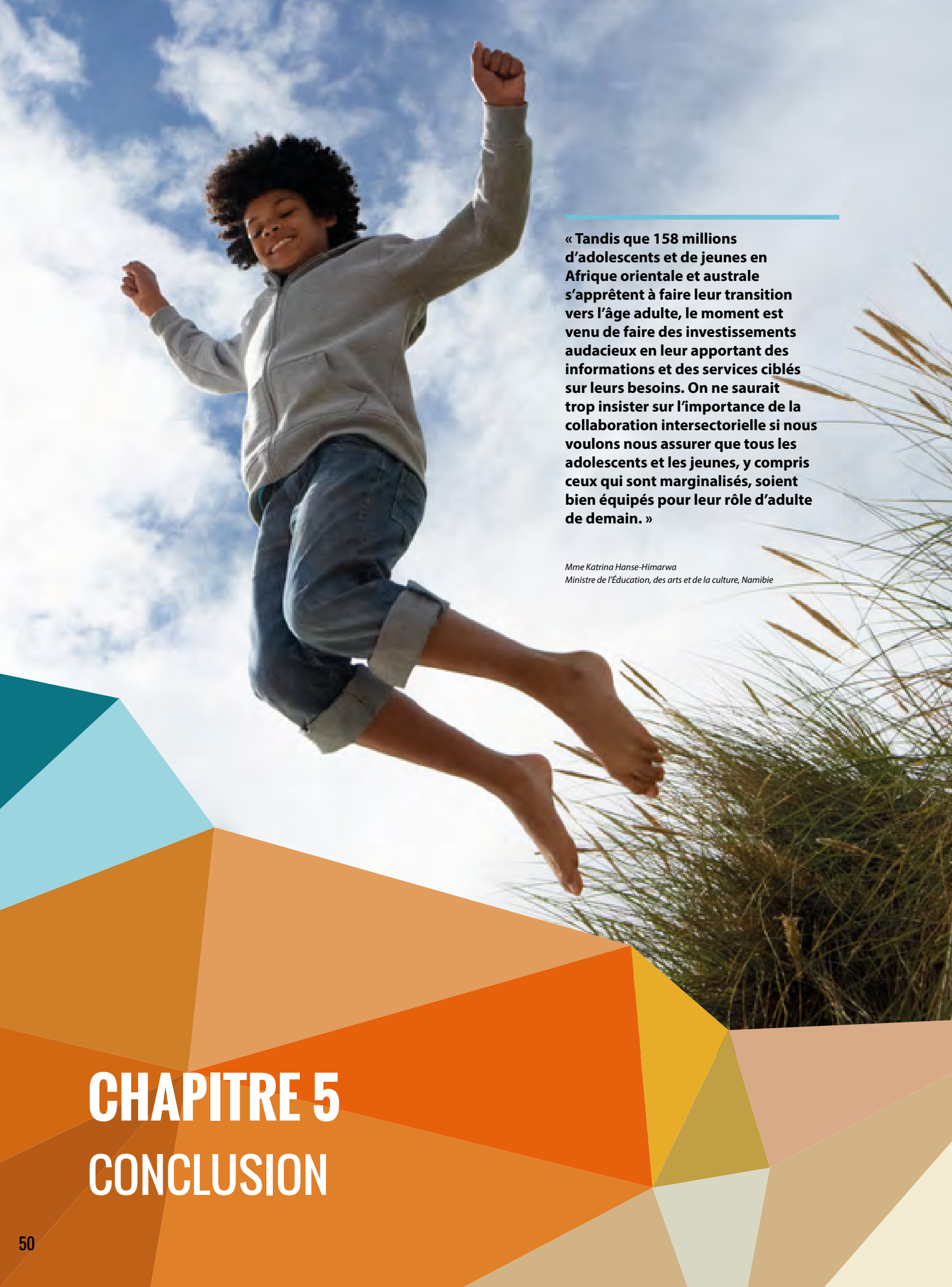
« J'ai été forcée au mariage à 14 ans quand mes parents ont divorcé et ma famille m'a annoncé qu'ils n'avaient plus les moyens de s'occuper de moi. Ils m'ont fait épouser un homme plus âgé qui était très abusif. Après le mariage, il m'enfermait dans la maison pendant qu'il partait des jours entiers sans revenir. Même quand je suis retournée dans mon village pour lui échapper, je n'étais la bienvenue chez personne, on m'a dit que je m'étais enfui de mon mariage, que je n'étais pas une femme forte et que je souffrirais pour cela. Je ne savais pas vers qui me tourner, je me suis sentie si seule. Je voulais me tuer. »

Jeune femme, 19 ans, Malawi

⁵² UNICEF. 2015. *La situation des enfants dans le monde 2015*.

⁵³ Cour constitutionnelle du Zimbabwe. 2016. Judgment No. CCZ 12/2015 Const. Application Const. No. 79/14.

⁵⁴ UNICEF. 2014. *A Statistical Snapshot of Violence against Adolescent Girls*.



« Tandis que 158 millions d'adolescents et de jeunes en Afrique orientale et australe s'apprêtent à faire leur transition vers l'âge adulte, le moment est venu de faire des investissements audacieux en leur apportant des informations et des services ciblés sur leurs besoins. On ne saurait trop insister sur l'importance de la collaboration intersectorielle si nous voulons nous assurer que tous les adolescents et les jeunes, y compris ceux qui sont marginalisés, soient bien équipés pour leur rôle d'adulte de demain. »

*Mme Katrina Hanse-Himarwa
Ministre de l'Éducation, des arts et de la culture, Namibie*

CHAPITRE 5

CONCLUSION

À l'avenir, la région doit donner la priorité aux points suivants

Les investissements considérables de tout un éventail de partenaires ont permis à ce que toutes les cibles 2015 soient atteintes et excédées. Il faudra toutefois plusieurs années avant que les résultats sur le plan des connaissances sur le VIH, les comportements et les VLG ne se traduisent en prestation de services et en éducation pour tous les jeunes. La région de l'AOA peut réaliser les cibles 2020 si elle poursuit son engagement et investit de manière adéquate dans les droits de SSR des adolescents et des jeunes. Revitaliser l'engagement et l'aligner sur les objectifs de 2030 garantiront à ce que cette tranche d'âge cruciale reçoive l'attention et les ressources nécessaires pour relever les défis qui s'imposent à eux dans l'accomplissement de l'éducation de leur santé et de leur bien-être. Les recommandations suivantes sont le fruit des consultations régionales et nationales avec les parties prenantes de l'engagement de l'AOA, notamment les jeunes. À l'avenir, la région doit donner la priorité aux points suivants:



AU NIVEAU DES GOUVERNEMENTS

- Prendre l'initiative et s'approprier l'engagement ministériel de l'AOA comme plateforme conjointe clé pour répondre aux besoins des jeunes, avec l'appui étroit des CER, du COMESA, de la CAE et de la SADC.
- Donner la priorité à l'accroissement à l'accès à l'ESC et aux services de SSR pour toutes les filles et tous les garçons, à l'école et en dehors de l'école, sans égard au statut matrimonial ou à l'état de grossesse, pour remédier au niveau de connaissances étonnamment faible sur le VIH et le sida chez les jeunes, ainsi qu'aux obstacles qui freinent encore leur accès aux services de SSR.
- Reconnaître la signification stratégique de la collaboration intersectorielle (éducation, santé, genre, justice et jeunesse), pour appuyer les actions communes, tout en accroissant le financement intérieur des programmes de SSR pour les jeunes.
- Investir dans les programmes qui encouragent les filles à rester à l'école ; garantir pour que les écoles soient des lieux d'apprentissage sûrs et équitables ; soutenir l'accès aux services de SSR pour les jeunes ; appliquer la législation visant à éliminer les mariages d'enfants ; renforcer les systèmes de protection des enfants en mettant l'accent sur la réforme juridique ; et renforcer les normes qui éliminent la discrimination liée au genre.
- Donner la priorité aux actions visant à combler les manques de connaissances et de données probantes concernant la santé, l'éducation et les droits des adolescents et des jeunes. Pour garantir des interventions et des ressources bien ciblées, il est nécessaire de renforcer les mécanismes de collecte des données à tous les niveaux, tout en veillant à ce que les données soient désagrégées par sexe, par âge, par statut économique et par situation géographique.
- Continuer à avancer ensemble vers la vision commune d'un jeune africain, citoyen mondial autonome, instruit, en bonne santé, résilient et socialement responsable, capable de prendre des décisions autonomes, d'atteindre son plein potentiel et de contribuer au développement de sa communauté, de son pays et de sa région.



AU NIVEAU DES JEUNES

- L'engagement ministériel de l'AOA visent les jeunes. Il est crucial de s'assurer que tous les jeunes, y compris les plus marginalisés et les plus vulnérables, soient pris en compte dans toutes les politiques et les programmations pertinentes dans le cadre de leur santé.
- Les coordonnateurs de programmes et les autres parties prenantes doivent considérer les jeunes comme un groupe hétérogène, avec des besoins et des situations différents, à prendre en compte dans la programmation.
- Il faut mettre au jour les réalités changeantes des jeunes et collaborer avec les parties prenantes clés pour éliminer, à tous les niveaux, les obstacles qui empêchent l'accès aux services de SSR et liés au VIH.
- Des innovations dans le domaine de l'utilisation des différentes formes de médias pertinents (traditionnels et numériques) s'imposent pour s'assurer que les divers groupes de jeunes soient suffisamment connectés et restent impliqués dans les processus d'élaboration des politiques et que ces derniers aient un impact sur leur vie.
- Il faut instaurer des mécanismes novateurs et efficaces pour atteindre les jeunes populations clés et les adolescents marginalisés, par exemple ceux qui vivent dans une pauvreté extrême ; ceux qui sont mariés à un jeune âge ; ceux qui sont dans le marché du sexe pour leur survie économique ; ou ceux qui vivent avec des handicaps.



AU NIVEAU DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

- Élaborer des stratégies créatives pour travailler avec les jeunes et par leur biais, c'est-à-dire travailler avec eux pour la sensibilisation de leurs parents ; encourager l'implication et le partenariat avec chefs religieux dans le cadre des programmes ; et ouvrir le dialogue autour des principes religieux clés.
- Élaborer et mettre en œuvre des programmes qui encouragent les communautés à repousser le mariage et les grossesses, notamment en prenant en compte les barrières culturelles, le droit traditionnel et d'autres mesures qui encouragent les mariages et les grossesses précoces.
- Mobiliser les communautés pour promouvoir des normes égalitaires, impliquer les hommes et les garçons et éliminer les violences sexuelles liées au genre et infligées par des partenaires intimes.
- Encourager et équiper les parents et tuteurs pour parler aux jeunes de la sexualité, de leurs responsabilités et de leurs droits aussi tôt que possible au moyen d'un langage précis, adéquat, et qui soit à leur portée.
- Impliquer les chefs religieux et traditionnels pour qu'ils soutiennent l'accès à l'ESC et aux services de SSR de qualité pour tous les jeunes.



AU NIVEAU DES PARTENAIRES DU DÉVELOPPEMENT ET DES AUTRES PARTIES PRENANTES

- Harmoniser et coordonner les programmes existants axés sur les jeunes, comme DREAMS, All In One ! et l'engagement de l'AOA, pour améliorer la coordination et veiller à l'utilisation efficiente des ressources.
- Soutenir les communautés et la société civile, notamment les organisations dirigées par les jeunes, pour garantir l'accès à une ESC de qualité, dispensée par des enseignants et des mentors bien formés.
- Appuyer les programmes visant à protéger les droits des adolescentes, particulièrement ceux qui œuvrent à reporter l'âge du mariage et la grossesse, et à rendre autonome les filles les plus marginalisées pour qu'elles soient en mesure de négocier l'utilisation de méthodes contraceptives, notamment les préservatifs pour une protection double contre le VIH.
- Appuyer les programmes de lutte contre le VIH qui impliquent les hommes à identifier des moyens pour réduire les violences et rendre autonome les femmes.



ANNEXE
RAPPORT DE PAYS

Contents


Angola	54
Botswana	56
Burundi	58
RDC	60
Ethiopie	62
Kenya	64
Lesotho	66
Madagascar	68
Malawi	70
Ile Maurice	72
Mozambique	74
Namibie	76
Rwanda	78
Les Seychelles	80
Afrique du Sud	82
Soudan du Sud	84
Swaziland	86
Tanzanie	88
Ouganda	90
Zambie	92
Zimbabwe	94

The ESA Commitment has strengthened national initiatives for adolescents and young people, including the resumption of the JIRO Project in 2014 by the Ministry of Youth and Sports, the Ministry of Education strategic plan (2013-2017) for the Mitigation of HIV-AIDS, Tuberculosis and Malaria; and the formulation of the National Comprehensive Care Strategy for AYFS (2015-2019) by the Ministry of Health. The ESA Commitment has strengthened inter-sectoral coordination and a harmonized ESA plan is under development.

Coordination of the ESA Commitment

The Ministry of Education leads a task team structured to harmonize efforts to achieve ESA Commitment goals, meeting monthly. The task team includes the Ministries of Health, Education, Youth and Sports, Family and Women Promotion, Welfare and Social Reintegration, and Social Communication, as well as UN agencies, World Health Organization (WHO) and Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS), CSOs, and youth organizations. The task team operates under a clear terms of reference which guides monitoring and implementation of the ESA Commitment. The framework for operationalization of the ESA Commitment includes funding contributions from each partner.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	25,789,024
Estimated population of young people (10-24) ¹	7,723,080
Number of schools ²	Primary: 64,600 Secondary: 17,522
Number of in-service teachers ²	Primary: 64,600 Secondary: 17,522
Number of health workers ³	16,054

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS


TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

Angola's policy environment for CSE comprises several recently finalized policies, including the National Education Sector Strategic Plan for HIV, TB and Malaria Prevention and Mitigation (2013-2017). This policy framework targets learners in school between the ages of 6-24. Although CSE has been delivered within the secondary school curriculum since 2005, by missing earlier integration into primary school, the high school dropout rates, particularly among girls, means a huge number of young people never receive adequate CSE. Nearly three out of every four girls do not complete primary school. Of those that do, only 14% make it through the first grade of secondary school and receive CSE (UNESCO, 2013). Through the ESA commitment, 30 curriculum designers were trained on curriculum review to ensure integration of cross-cutting issues, with a focus on CSE and reproductive health issues. Training on ASRH for 360 school teachers will be carried out in 2016. During these trainings the number of schools delivering CSE will be updated.

a) CSE out of schools

Angola has mainstreamed health education approaches for out-of-school youth into various policy instruments and strategies such as the Plano Nacional de Desenvolvimento da Juventude (National Youth Development Plan) and Estrategia Nacional de Saude Integrada para Adolescentes e Jovens (National Integrated Health Strategy for Adolescents and Youth).

Indicateur	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	Data collection will take place in 2016	-
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	Yes	 Achieved

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

There have been no teacher training courses for pre-service teachers on CSE or any course developed for pre-service teachers in Angola. However, the Ministry of Education will now be using the newly developed online course on CSE for teachers by UNESCO and UNFPA, and training of the first cohort of participants will start in 2016. In 2015, 18 in-service teachers who received master training in CSE trained 300 teachers resulting in a pool of well-trained teachers who can comfortably teach CSE in the classroom. These teachers will in turn train youth peer educators that will disseminate information on CSE and SRHR in schools.

b) Training of health workers

Although Angola has not implemented training programmes for health workers on the delivery of YFHS, the recently launched National Comprehensive Care Strategy for AYFS has created a conducive environment for establishing training programmes. Challenges include insufficient health workers and teachers, with a majority located in urban areas. High staff turnover has implications on maintaining trained staff in YFHS.












TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

The National Comprehensive Care Strategy for AYFS (Estrategia Nacional de Saude Integral de Adolescentes e Jovens) 2016-2020 focuses on increasing access of young people aged 10-24 to youth-friendly SRH services.

b) Youth-friendly SRH services

Only 7 of the 11 recommended ASRH services are provided to young people in Angola. The services exist in general health services, while specific SRH services for adolescents and young people are only available on a small scale in the provinces of Luanda, Benga, and Huíla. In 2014, these provinces reached 41,009 adolescents (34,447 girls and 6,562 boys) aged 15-19 years old.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce new infections among young people

Despite an overall decline, the number of new infections among girls aged 15-24 remains disproportionately higher than their male counterparts. A multi-sectoral response to address the vulnerabilities of adolescent girls and young women is underway. Furthermore, the Ministry of Health, UNFPA, and UNICEF are designing a school-based programme to promote adolescent girl health led by the Huila Province Government.

The number of young people that have tested for HIV is still low (14.9%), as of 2010⁴. Interventions promoting risk reduction behaviours for HIV prevention among young people include mass information/prevention campaigns.

Reduce early and unintended pregnancy

Angola experiences high rates of early and unintended pregnancy. In 2014, a campaign to eliminate early pregnancy and marriage among young people was launched by the Ministry of Family and Women Promotion focusing on strengthening the provision of health information to adolescents and young people. Currently, there is no policy or strategy that supports pregnant learners.

Eliminate GBV

Angola has two main GBV policy frameworks that cover adolescents aged 10-19 years: the 2015 Campaign to Eliminate Teenage Pregnancy and Child Marriages and the National Policy on Domestic Violence. The frameworks provide tools for advocacy and amplify the need for more reliable evidence on GBV. Key stakeholders have been trained on GBV, including basic GBV screening and use of gender tools.

Eliminate child marriage

The legal age for marriage in Angola is 18 years (Family Code, article 24^o, 1988). However, the law permits boys to marry at 16 and girls at 15 with the permission of a person of authority. There is no law on the minimum age of consent to sex.

Indicators	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁵	4,901	2,662	7,563	4,794	2,613	7,407
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁶				20.2%	17.7%	19.5%
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁶				15.4%	14.2%	14.9%
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁶				41.9%	48.2%	44.6%
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing ⁷	42.5%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Target 7: Eliminate gender-based violence						
Prevalence of gender-based violence among 15-24-year-olds ⁶			13.7%			
Target 8: Eliminate child marriage						
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ⁶			N/A	9.7%	0.9%	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ⁶			N/A	48.8%	7.7%	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

- Collaboration between partners improves coordination of ESA Commitment programmes.
- All interventions need funds.
- There is a need to strengthen the health information system and data on adolescents and youth. The current lack of reliable data is hampering the accurate measurement of impact. Angola must leverage initiatives that seek to coordinate better data collection, analysis, and utilization for programme planning and implementation. Data collection related to HIV and AIDS, sexuality education, and reproductive health will commence in 2016 as a result of the process under the ESA Commitment to include relevant Indicators into EMIS.

Challenges

- The main constraints around the establishment of a multi-sectoral team include: the complexity of harmonizing plans that have been developed separately by ministries; the issue of significant staff turnover and absence of some ministries; cooperation and communication between different sectors and aligning various ministerial mandates, including the ESA Commitment targets. Proactive multi-sectoral cooperation requires strong leadership, which has been undermined by the economic climate and conflicting policy priorities.
- It has proven to be challenging for the task team to operationalize the ESA Commitment activities within the context of the economic crisis facing Angola. The crisis has impacted negatively on the availability of funding for the ESA Commitment, which in turn has slowed down the implementation rate.

Sources

1. Population and Housing Census, 2014.
2. MoE, 2015.
3. National Health Development Plan (2012-2025), 2014. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
4. Recent data will be available from the Multiple Indicators and Health Survey (MIHS) later in 2016.
5. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
6. GAPR, INCAPSIDA, 2010.
7. Angola MIS, 2011.


BACKGROUND

Although the Ministries of Health and Education and Skills Development have collaborated on a number of initiatives related to SRHR of adolescents and young people in the past, the ESA Commitment has further enhanced this collaboration.

Coordination of the ESA Commitment

The Technical Working Group responsible for implementing the Commitment is made up of the Ministries of Health and Education, Local Government and Rural Development, Youth, Sports and Culture, Labour, and Home Affairs, as well as UNESCO, CBOs, NGOs and other development partners. The group meets every quarter and is guided by clear terms of reference. It has joint work plans and a reporting mechanism guiding implementation. Continuous resource mobilization is carried out under the Prevention Programmes for Adolescents module through the Global Fund Round 7 grants.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	2,024,904
Estimated population of young people (10-24) ¹	584,287
Number of schools ²	Primary: 821 Secondary: 285
Number of in-service teachers ²	Primary: 14,220 Secondary: 154,713
Number of health workers ³	5,982

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

Although LSE is part of both the primary and secondary curricula, not all schools are fully implementing it. However, 100% of schools are delivering CSE. Botswana's achievements in delivering quality CSE are strengthened by meaningful involvement of parents and communities, and Parent Teacher Associations meet every term to address emerging issues, including CSE-related matters. Between 2013 and 2015, various sensitization and education activities on CSE were conducted, reaching 1,106 public and private schools.

b) CSE out of schools

Botswana has no costed CSE strategy, however, development of a manual and guiding documents for CSE for out-of-school youth will be supported under the current funding from the Global Fund.

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	70%	100%	 Achieved
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No	No	 Not achieved

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

Online and face-to-face pre-service CSE training has been conducted for 39 (25 females and 14 males) college lecturers, who are now training pre-service teachers on CSE, which has been integrated in the following courses: Science, Moral Education, and Guidance and Counselling. A total of 125 in-service teachers were trained on CSE in 2015 through an online training course. This included 39 primary teachers (28 females and 11 males); 54 secondary teachers (39 females and 15 males); and 32 non-teaching staff. A total of 20 lecturers were trained on CSE. Following completion of the Adolescent's HIV Prevention & Treatment Toolkit, 110 trainers of trainers (ToT) were also trained on CSE (30 ToTs and 80 master trainers).

b) Training of health workers

The Ministry of Health has allocated 10% of its budget towards strengthening SRH services. As part of the budget allocation, standard pre- and in-service programmes have helped train health professionals in specific YFHS delivery, and these services have been mainstreamed into the national nursing and allied health professional training curriculum. A national training manual was developed in 2008 to guide the training. As of 2015, 16 Institute of Health Sciences (IHS) curriculum developers, and 486 pre-service and 273 in-service health care providers were trained.












TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

The ASRH Implementation Strategy (2012-2016) guides the scale-up of YFHS by government in coordination with NGOs, and includes standardized training in its delivery. While there are no stand-alone national standards, all eight WHO global standards are covered in other areas, although there are key items in each standard that are not fully implemented.

b) Youth-friendly SRH services

Most ASRH services (10 out of 11) are provided to young people by both government and non-governmental youth-friendly centres. However, facilities differ in the provision of services and use referrals for services that cannot be offered at youth-friendly facility level.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	 <i>referrals for post-abortion care</i>
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce new infections among young people

Despite an overall decline, the number of new infections among girls aged 15-24 remains disproportionately higher than their male counterparts. A multi-sectoral response to address the vulnerabilities of adolescent girls and young women is being implemented through programmes such as the Safeguard Young People programme.

Risk reduction behaviours among young people

HIV testing in the general population remains low and has seen little improvement, as revealed in Botswana AIDS Impact Survey (BAIS) reports, with 61.7% and 62.9% of the population ever testing for HIV in 2008 and 2013 respectively. HIV testing rates across gender and most age groups were under 70% in the BAIS IV results, with the exception of females aged 20-24 years, at 74.3%. While Botswana has prioritized programmes for HIV prevention among adolescents and young people, these have not improved risk perception or increased comprehensive knowledge, which is below 50%. However, through the CONDOMIZE! Campaign, the country has enhanced access to condoms, distributing a total of 104,200 male condoms in four districts in 2015, and information and skills-building for adolescent and youth on HIV prevention.

Reduce early and unintended pregnancy

Although Botswana has a high percentage of learners that have ever been pregnant, there is no clear guidance on managing re-entry of pregnant learners once they have given birth. School manuals do, however, indicate that learners who drop out of school due to pregnancy can be re-admitted six months following birth, at the discretion of the school head.

Eliminate GBV

Two-thirds of women in Botswana have experienced GBV, in their lifetime. Botswana has policies that address GBV such as the Domestic Violence Act and Health Sector Response to GBV, however, effective implementation remains a challenge. Efforts have been made to train educators, non-teaching staff, and facilitators in schools on GBV matters, including basic GBV screening and school response protocols.

Eliminate child marriage

Botswana's legal age of marriage is 18 years old, nevertheless, anecdotal data show that child marriage remains high in certain cultures and tribes. There have been programmes addressing this in some districts, however, comprehensive programming on prevention of child marriage has not been instituted.

Indicateurs	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁴	3,186	1,351	4,537	2,789	1,641	4,430
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁶				65.9	80.9%	72.4%
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁵				74.3%	71.1%	73.3%
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁶			42.1%	47.4%	47.1%	47%
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁷		N/A	N/A	9.7	N/A	N/A
Target 7: Eliminate gender-based violence						
Prevalence of gender-based violence among 15-24-year-olds ⁶			13.7%			
Target 8: Eliminate child marriage						
Does the country have programmes that prevent and mitigate against child marriage?			No			No

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

- While collaboration between partners improves coordination of programmes, improved networking and joint planning and implementation of planned activities is needed to avoid duplication and encourage prudent use of funds that have been mobilized for the ESA commitment activities.

Challenges

- To date, funds have been mobilized from the Global Fund, rather than locally, and inadequate resources continue to hamper the scaling-up of interventions.
- There is limited data collection, analysis, and use to guide programming.
- There is no high level reference group led at Ministers level to provide oversight for the implementation of the ESA Commitment.
- The lack of a coordinated youth network has resulted in limited youth engagement in youth programmes.

Sources

1. Population and Housing Census, 2011.
2. Education Stats Brief, 2013.
3. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
4. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
5. BAIS IV data.
6. YPTT report, BAIS IV report, 2013.

Avant l'engagement de l'AOA, le ministère de l'Éducation avait mis au point un programme d'éducation civique incluant des compétences pratiques pour la vie courante et complété par des interventions sur l'éducation sexuelle en partenariat avec des OSC et des organismes de développement. Lorsque l'engagement de l'AOA a été approuvé, le gouvernement était en train de réviser sa stratégie nationale pour la jeunesse qui se concentrait alors sur la mise à l'échelle d'une meilleure coordination multisectorielle, de l'éducation et des services de santé.

Coordination de l'engagement de l'AOA

Le Burundi a instauré un mécanisme de coordination multisectorielle qui inclut les ministères en charge de l'éducation, de la santé, de la jeunesse et des questions de genre, ainsi que les OSC. Le groupe de coordination organise et convoque des réunions, il effectue le suivi des activités des partenaires, et il fait la promotion des activités dans le cadre de l'engagement de l'AOA. Il n'existe pas de plan de travail global ni de stratégie de mise en œuvre, bien que les activités soient budgétisées.

Données démographiques	Chiffres
Estimation de la population totale (tous âges) ¹	11,178,921
Estimation de la population jeune (10 à 24 ans) ¹	3,445,272
Nombre d'enseignants en cours d'emploi ²	Primaire: 44,662 Secondaire: 14,000
Nombre de professionnels de la santé ³	133,112

Indicateurs et cibles	Données de référence 2013	Données actuelles 2015	Progrès
Le pays met-il en œuvre une stratégie ou un cadre multisectoriel afin de concrétiser l'engagement ministériel de l'AOA?	Non	Oui	Atteinte

CIBLES 2015

CIBLE 1: Un cadre de programmes scolaires pour une éducation sexuelle complète (ESC) de bonne qualité est mis en place et appliqué dans chacun des 20 pays

a) ESC dans les écoles

Bien que l'ESC soit intégrée aux programmes de l'enseignement primaire et secondaire, il existe des lacunes dans la couverture du sujet, principalement concernant les SSR et le traitement du VIH. Dans le programme de l'enseignement secondaire, les compétences pour la vie quotidienne couvrent plus en profondeur les sujets liés à l'ESC, tandis que celui de l'enseignement primaire ne couvre qu'un domaine principal de l'ESC.

b) ESC pour les jeunes non scolarisés

Le Burundi a intégré les questions relatives à l'ESC des jeunes non scolarisés par le biais de plusieurs politiques et stratégies, notamment le Plan stratégique national de programmation holistique des préservatifs et le Plan stratégique de santé de la reproduction.

Indicateurs et cibles	Données de référence 2013	Données actuelles 2015	Progrès
% d'écoles ayant dispensé une éducation sexuelle et sur le VIH axée sur les compétences pour la vie courante au cours de la dernière année scolaire <i>(Atteindre 40% des écoles d'ici à 2015)</i>	100% des écoles primaires Aucunes données	100% des écoles primaires 70% des écoles secondaires	Atteinte
Ce pays a-t-il instauré une stratégie d'ESC pour les jeunes non scolarisés, avec un budget estimé?	Non	Oui	Atteinte

CIBLE 2: Une formation à la SSR et à l'ESC est mise en place et appliquée 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

a) Formation des enseignants

Au Burundi, il n'y a pas de formation des enseignants avant l'emploi, mais 759 enseignants en cours d'emploi ont été formés entre 2013 et 2015.

b) Formation des professionnels de la santé

Le Burundi ne dispense actuellement pas de formation avant l'entrée en service des professionnels de la santé en ce qui concerne la prestation de soins de santé adaptés aux jeunes. Toutefois entre 2013 et 2015, priorité a été faite de former 652 professionnels de la santé en cours d'emploi, principalement des infirmiers/ infirmières.

Nombre d'enseignants formés	Données de référence 2013			Formés 2014			Formés 2015		
	Femme	Homme	Total	Femme	Homme	Total	Femme	Homme	Total
Enseignants formés pendant l'emploi (primaire)	10	25	35						10
Enseignants formés pendant l'emploi (secondaire)	18	37	55			177	175	352	527

CIBLE 3: Diminuer de 50% le nombre d'adolescents et de jeunes n'ayant pas accès à des services de SSR, y compris relatifs aux VIH

a) Politiques et stratégies nationales de SSR des adolescents

Les services adaptés aux jeunes reposent sur six politiques et stratégies différentes, couvrant les adolescents dès l'âge de 10 ans.

b) Services de SSR adaptés aux jeunes

Des services de base des SSR des adolescents ont été intégrés aux centres de santé du Burundi, même si ces services ne sont offerts que par certains centres à certains horaires. Les données collectées auprès des centres médicaux indiquent que le nombre d'adolescents et de jeunes (10-24 ans) accédant aux services est en augmentation constante, et qu'il est passé de 60 000 en 2013 à juste au-dessus de 91 000 en 2015.4 Il est intéressant de noter que le nombre de garçons et de jeunes hommes utilisant les services adaptés aux jeunes est légèrement supérieur à celui des filles et des jeunes femmes.

Services de base de SSR des adolescents, UNFPA 2015	Services fournis
Examens de santé généraux, notamment des contrôles du développement physique, de la vue, de l'ouïe, etc.	
Conseils sur les questions de puberté et aide relative à l'hygiène et aux problèmes menstruels	
Éducation et conseils sur la santé sexuelle et reproductive et sur la sexualité	
Éducation en matière de contraception et de méthodes contraceptives, y compris les préservatifs et la contraception d'urgence	
Tests de grossesse, soin prénatal, accouchement (soins obstétricaux) et soins post-nataux	
Conseils sur les options de grossesse et, lorsqu'il est légal, sur l'avortement dans des conditions sûres, et soins post-avortement	
Éducation sur les IST, diagnostic et traitement, notamment la notification au partenaire	
Éducation sur le VIH, conseils, dépistage et orientation en matière de traitement, de soins et de services de soutien, prophylaxie avant et après exposition	
Circoncision médicale	
Dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis vaginal)	
Immunisation, notamment contre le papillomavirus humain (verruës génitales) et l'hépatite B	

CIBLES 2020

Réduire les grossesses précoces et involontaires

Depuis 2007, le Burundi dispose d'une politique pour appuyer les élèves enceintes de tout âge. Toutefois, du fait que le pays faisait toujours face à un taux élevé de grossesses des adolescentes, le ministère de l'Éducation a lancé la campagne nationale « Zéro Grossesse à l'école » afin d'éliminer toute nouvelle grossesse avant la fin de la scolarisation. Cette campagne nationale comprenait l'intégration de l'enseignement de la sexualité au programme, ainsi que d'autres interventions en dehors de l'école.

Éliminer les violences liées au genre

Bien que des politiques nationales contre les violences liées au genre soient en place, elles ne traitent pas spécifiquement des violences liées au genre en milieu scolaire.

Éliminer les mariages d'enfants

L'âge légal du consentement au sexe au Burundi est fixé à 18 ans pour les filles et les garçons et la pratique du mariage d'enfants est interdite par le droit civil et les églises chrétiennes, mais 20% des filles continuent d'être mariées avant l'âge légal de 18 ans.

Indicateurs et cibles	Données de référence			Données actuelles		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Cible 4: Consolider les gains récents et durement acquis en matière de baisse de la prévalence du VIH en AOA, et tendre vers l'élimination de toutes les nouvelles infections par le VIH parmi les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans.						
Nouvelles infections par le VIH (chez les 15-24 ans) ⁵	2,789	1,641	4,430			
% de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, jamais mariés, ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel ⁶						4.85%
% de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans, sexuellement actifs, qui ont subi un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats ⁶						16.7%
Cible 6: Réduire de 75% les grossesses précoces et involontaires chez les jeunes						
% d'adolescentes déjà mères (15-19 ans) (ayant des enfants ou actuellement enceintes) ⁶		N/A	N/A	9.6%	N/A	N/A
Target 8: Eliminate child marriage						
% de femmes (20-24 ans) mariées pour la première fois ou engagées dans une union avant leurs 15 ans ⁶	2.5%	N/A	N/A		N/A	N/A
% de femmes (20-24 ans) mariées pour la première fois ou engagées dans une union avant leurs 18 ans ⁶	20.4%	N/A	N/A		N/A	N/A

ENSEIGNEMENTS RETENUS ET DÉFIS

Enseignements retenus

- Une collaboration positive entre les secteurs s'est développée à l'échelle locale, incluant notamment la coordination et le lancement de projets avec les ministères du gouvernement et les OSC pour améliorer la prestation des services de santé pour les adolescents et les jeunes.
- L'intégration des services de santé adaptés aux jeunes aux centres médicaux publics a permis de maintenir la viabilité financière.

Défis

- La collecte des données reste un défi, surtout dans les centres médicaux qui ne collectent pas de données spécifiques en rapport avec les jeunes et les adolescents.
- Les progrès vers les cibles de l'engagement de l'AOA sont entravés par un manque de ressources financières. De plus, certaines activités pouvant contribuer à accélérer les progrès n'étaient pas éligibles au financement des donateurs (par exemple la construction, la réhabilitation, les coûts du carburant et des communications).

Sources

1. Estimations de la Division de la Population des Nations Unies pour 2015.
2. UNESCO. 2015. Comprehensive Sexuality Education in Teacher Training in Eastern and Southern Africa.
3. DSNIS, 2015. Les professionnels de la santé incluent les médecins, les infirmières et les sages-femmes, les dentistes et les techniciens dentaires, les pharmaciens et techniciens en pharmacie, les experts en santé publique et en environnement, les techniciens de laboratoire, les agents de santé communautaire et les autres membres du personnel d'encadrement et d'appui.
4. DSNIS, 2010.
5. Rapport des centres de santé amis des jeunes.
6. Estimations 2013 de l'ONUSIDA sur le VIH.
7. EDS, 2010.
8. www.girlsnotbrides.org, pages sur le Burundi.

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)

CONTEXTE

La RDC est toujours confrontée aux violences post-conflit qui affectent négativement les infrastructures et ressources de santé, et qui génèrent des obstacles majeurs à la prestation des services de SSR adaptés aux jeunes et de qualité. Au moment de l'approbation de l'engagement de l'AOA, la RDC affichait l'un des mauvais résultats dans le monde en matière de SSR. Pour remédier à cette situation, le ministère de la Santé publique a collaboré avec d'autres ministères dont celui de l'enseignement primaire et secondaire et OSC afin d'améliorer l'éducation sexuelle et la prestation des soins de santé.

Coordination de l'engagement de l'AOA

Le gouvernement de la RDC a mis en place un mécanisme de coordination sous la forme d'un groupe de travail présidé par le ministère de la Santé publique et qui se réunit chaque trimestre. Ce groupe de travail est composé des ministères de l'Éducation, de la Santé publique, des Affaires sociales, de la Jeunesse et du Genre ainsi que de certaines OSC sélectionnées. Ses termes de référence ne sont pas encore finalisés, mais il est chargé de la coordination, du partage d'informations et de la promotion de l'engagement ministériel de l'AOA. Pour faciliter la mise en œuvre efficace des activités, un plan de travail commun sur deux ans a été élaboré ; il est également doté en ressources financières pour assurer son exécution et son suivi.

Données démographiques	Chiffres
Estimation de la population totale (tous âges) ¹	77,266,814
Estimation de la population jeune (10 à 24 ans) ¹	24,966,418
Nombre d'écoles ²	Primaire: 43,218 Secondary: 22,698
Nombre d'enseignants en cours d'emploi ²	Primaire: 339,951 Secondary: 281,324
Nombre de professionnels de la santé ³	127,716

CIBLES 2015

CIBLE 1: Un cadre de programmes scolaires pour une éducation sexuelle complète (ESC) de bonne qualité est mis en place et appliqué dans chacun des 20 pays

a) ESC dans les écoles

Le programme modèle de l'ESC est dispensé au sein de l'enseignement primaire et secondaire et intégré à la fois aux enseignements extrascolaires et en classe, et le plan de travail commun vise à soutenir les jeunes en leur apportant l'ESC tant en milieu scolaire qu'en dehors des écoles. Certains sujets sont abordés dans le cadre des compétences de la vie courante, mais on observe des lacunes importantes sur des points essentiels comme la prise de décision, l'affirmation de soi, les droits de l'homme, les comportements sexuels, ou la lutte contre les abus sexuels, entre autres.

b) ESC pour les jeunes non scolarisés

En RDC, le contenu et la pertinence des programmes pour les jeunes non scolarisés ne sont pas clairement établis ; une stratégie budgétisée, spécifique aux jeunes non scolarisés doit être élaborée.

Indicateurs et cibles	Données de référence 2013	Données actuelles 2015	Progrès
Le pays met-il en œuvre une stratégie ou un cadre multisectoriel afin de concrétiser l'engagement ministériel de l'AOA?	Non	Non	⊗ Non atteinte

Indicateurs et cibles	Données de référence 2013	Données actuelles 2015	Progrès
% d'écoles ayant dispensé une éducation sexuelle et sur le VIH axée sur les compétences pour la vie courante au cours de la dernière année scolaire <i>(Atteindre 40% des écoles d'ici à 2015)</i>	0.5% (350 / 65,916)	1.8% (1,185 / 65,916)	☑ En cours
Ce pays a-t-il instauré une stratégie d'ESC pour les jeunes non scolarisés, avec un budget estimé?	Non	Non	⊗ Non atteinte

CIBLE 2: Une formation à la SSR et à l'ESC est mise en place et appliquée 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

a) Formation des enseignants

La formation à l'ESC des enseignants avant l'emploi n'a pas encore commencé car cette matière n'a pas encore été intégrée au programme de formation initiale. Toutefois, même si aucune donnée n'est disponible sur l'enseignement de l'ESC, nous savons que 13 529 enseignants en cours d'emploi ont été formés à l'ESC en 2015.

b) Formation des professionnels de la santé

La formation des professionnels de la santé avant l'emploi n'est pas offerte en RDC en raison du manque de ressources financières. Cependant, en 2013, 15 médecins praticiens ont été formés à la prestation des services de santé adaptés aux jeunes. Aucune autre formation des professionnels de la santé n'a été signalée depuis cela.

CIBLE 3: Diminuer de 50% le nombre d'adolescents et de jeunes n'ayant pas accès à des services de SSR, y compris relatifs aux VIH

a) Politiques et stratégies nationales de SSR des adolescents

Les services de santé adaptés aux jeunes sont appuyés par deux politiques et stratégies différentes abordant la question des adolescents et de jeunes entre 10 et 24 ans: la politique nationale de développement sanitaire de 2007 et le plan stratégique national de la santé de l'adolescent de 2009. En revanche, une politique discriminatoire fondée sur le genre fixe l'âge du consentement au sexe à 14 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons, ce qui crée des obstacles supplémentaires à l'accès aux services de SSR.

b) Services de SSR adaptés aux jeunes

La RDC offre des services de santé de base adaptés aux jeunes et elle a augmenté à 2,5 millions \$ son budget pour l'achat des contraceptifs en 2016, qui s'élevait initialement à 300 000 \$. Cette hausse facilitera beaucoup la transition démographique nécessaire pour stimuler le développement économique, améliorer la santé et le bien-être des femmes et des filles, et réduire le niveau élevé de besoins non satisfaits en matière de planning familial, qui se situe à 28%.

Services de base de SSR des adolescents, UNPFA 2015	Services fournis
Examens de santé généraux, notamment des contrôles du développement physique, de la vue, de l'ouïe, etc.	☑
Conseils sur les questions de puberté et aide relative à l'hygiène et aux problèmes menstruels	☑
Éducation et conseils sur la santé sexuelle et reproductive et sur la sexualité	☑
Éducation en matière de contraception et de méthodes contraceptives, y compris les préservatifs et la contraception d'urgence	☑
Tests de grossesse, soin prénatal, accouchement (soins obstétricaux) et soins post-nataux	☑
Conseils sur les options de grossesse et, lorsqu'il est légal, sur l'avortement dans des conditions sûres, et soins post-avortement	☑
Éducation sur les IST, diagnostic et traitement, notamment la notification au partenaire	☑
Éducation sur le VIH, conseils, dépistage et orientation en matière de traitement, de soins et de services de soutien, prophylaxie avant et après exposition	☑
Circoncision médicale	⊗
Dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis vaginal)	☑
Immunsation, notamment contre le papillomavirus humain (verruves génitales) et l'hépatite B	⊗

CIBLES 2020

Réduire le taux de nouvelles infections parmi les jeunes

En RDC, le nombre de nouvelles infections chez les filles de 15 à 24 ans reste nettement supérieur que chez leurs homologues masculins. Une intervention multisectorielle pour traiter les vulnérabilités des adolescentes et des jeunes femmes est en cours de mise en œuvre par le biais de divers programmes, comme l'enseignement des compétences pour la vie courante dans les écoles ainsi que les programmes de Sport pour le développement destiné aux jeunes scolarisés et non scolarisés.

Comportement de réduction des risques

Le faible taux d'utilisation des préservatifs chez les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15 à 24 ans en RDC met en lumière la nécessité de promouvoir des mesures de réduction des risques.

Éliminer les violences liées au genre

On estime que 12,8% des filles et des femmes âgées de 15 à 24 ans ont subi des violences sexuelles, ce qui entraîne souvent leur stigmatisation, le rejet de la part de leur famille, et des complications désastreuses de leur état de santé. En RDC, une politique nationale de lutte contre les VLG est en place et le programme d'ESC couvre les questions et sujets liés aux VLG, mais la politique ne traite pas spécifiquement des VLG en milieu scolaire. De plus, seulement 5% des écoles ont un règlement et des directives pour le personnel et les élèves et traitent de la sécurité physique, de la stigmatisation, de la discrimination, du harcèlement et des abus sexuels.

Éliminer les mariages d'enfants

La RDC affiche l'un des taux les plus élevés de mariages d'enfants dans le monde, et malgré cette réalité difficile pour beaucoup de filles et de femmes, le pays n'a pas de campagne nationale dédiée à la prévention des mariages d'enfants. De surcroît, le conflit actuel limite la primauté du droit, ce à quoi il faut ajouter la culture d'impunité généralisée des auteurs de mariages d'enfants. Par conséquent, bien que l'âge minimum légal du consentement au mariage soit fixé à 18 ans, 37% des filles sont mariées avant cet âge⁷.

Indicateurs et cibles

Cible 4: Consolider les gains récents et durement acquis en matière de baisse de la prévalence du VIH en AOA, et tendre vers l'élimination de toutes les nouvelles infections par le VIH parmi les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans

	Données de référence			Données actuelles		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Nouvelles infections par le VIH (chez les 15-24 ans) ⁴	3,186	1,351	4,537	2,709	1,125	3,835
% de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, jamais mariés, ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel ⁵				25.6%	28.3%	53.9%
% de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans, sexuellement actifs, qui ont subi un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats ⁵				8.9%	6.3%	15.2%

Cible 5: Porter à 95% la proportion d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans possédant un niveau de connaissances détaillées sur la prévention du VIH

Connaissances des jeunes sur la prévention du VIH (Jeunes décrivant correctement les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du virus) ⁶	15.1%	20.7%	35.8%	18.6%	24.9%	18.6%
---	-------	-------	-------	--------------	--------------	--------------

Cible 6: Réduire de 75% les grossesses précoces et involontaires chez les jeunes

% d'adolescentes déjà mères (15-19 ans) (ayant des enfants ou actuellement enceintes) ⁶	23.8%	N/A	N/A	27.2%	N/A	N/A
--	-------	-----	-----	--------------	-----	-----

Cible 8: Éliminer les mariages d'enfants

% de femmes (20-24 ans) mariées pour la première fois ou engagées dans une union avant leurs 15 ans ⁵	N/A	N/A		10%	N/A	N/A
% de femmes (20-24 ans) mariées pour la première fois ou engagées dans une union avant leurs 18 ans ⁵	N/A	N/A		37.3%	N/A	N/A

ENSEIGNEMENTS RETENUS ET DÉFIS

Enseignements retenus

La volonté et l'engagement fermes et partagés du gouvernement ainsi que de la société civile sont nécessaires pour faire avancer le programme de l'engagement ministériel de l'AOA.

Défis

Le manque de données à jour, fiables et désagrégées accroît la difficulté de mesurer les progrès.

Sources

1. Estimations de la Division de la Population des Nations Unies, 2015.
2. Annuaire statistique, EPS INC, 2012-2013.
3. Annuaire statistique INS- 2014, Ministère du plan et de révolution de la modernité. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
4. Estimations de l'ONUSIDA pour 2015.
5. EDS, 2013-2014.
6. EDS, 2006-2007 et 2013-2014.
7. EDS RDC, 2013-2014.


BACKGROUND

Although Ethiopia had implemented most of the interventions under the ESA Commitment before the Commitment was affirmed, the country has since placed more emphasis on the delivery of CSE. As a result, Life Skills, SRH, and HIV and AIDS have been integrated into selected subjects of the primary and secondary school curricula, and Life Skills manuals have been prepared for all levels of education: primary, secondary, tertiary, and TVET. In addition, teachers are continuously trained on how to provide LSE.

Coordination of the ESA Commitment

The ESA Commitment coordination mechanism is chaired by the Ministry of Health and consists of a technical working group made up of the Ministries of Education and Health, as well as UNESCO, UNFPA, the Consortium of Organizations for Reproductive Health Activities, Save the Children, and other partners. While the TWG has tried to coordinate the national effort on the implementation of CSE, delays in the approval of a draft CSE guideline outlining the evidence base for CSE, HIV prevention, and SRHR, as well as the roles and responsibilities of various stakeholders, has hindered the process and therefore there is no work plan or implementation strategy in Ethiopia as of yet.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	99,390,750
Estimated population of young people (10-24) ¹	34,428,505
Number of schools ²	Primary: 32,048 Secondary: 2,333
Number of in-service teachers ³	Primary: 270,375 Secondary: 122,147
Number of health workers ⁴	73,097

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization of the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

The CSE curriculum is delivered in both primary and secondary schools, and mainly within the formal curriculum, and generic life skills are offered both within the formal curriculum and as an extra-curricular activity. HIV and LSE has been integrated into 38.4% of primary and secondary schools⁵. However, there are notable gaps in the CSE curriculum in primary schools, including social and cultural norms, referral systems, and how to seek SRH and HIV services. Following the affirmation of the ESA Commitment, Ethiopia began processes to develop these components, along with several SRH information and service interventions, as part of pilot programmes in three high school subjects. The pilot schools now have clubs led by trained teachers that help to increase the awareness of students on SRH issues.

b) CSE out of schools

Ethiopia does not have a CSE strategy for out-of-school youth, which make up an estimated 3.1 million of the population⁶. However, along with interventions of partners, the government has established more than 1,500 youth centres across the country to address both in- and out-of-school youth with comprehensive SRH information and services.

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	38.4%		 Achieved
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No	No	 Not achieved


TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

There is no specific training of pre- or in-service teachers on CSE, however, Life Skills, including HIV and CSE, are included in the different subjects of teacher training colleges.

b) Training of health workers

Ethiopia provides pre-service training for health service providers which includes SRH, however, the extent to which sexuality education is part of this curriculum is not known. In addition, there are in-service guiding documents and programmes for delivery of YFHS. The Federal Ministry of Health has recently finalized the preparation for the establishment of an institution to train in-service health providers. The extent to which YFHS are part of the scope of the institution is not known.

Indicateur	Current data 2015	Progress
% of schools with teachers who received training and taught lessons in life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year.	100%	 Achieved












TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

The Ministry of Health is currently finalizing a Comprehensive Adolescent Health Strategy (2016-2020) which will target 100% AYSRH coverage in public health facilities. This strategy includes the Health Sector Transformation Plan 2015/16-2019, the Growth and Transformational Plan (2010-2015 and 2016-2020), and the Strategic Planning and Management of HIV Response (2011-2015), which will also target out-of-school youth.

b) Youth-friendly SRH services

There are more than 1,500 youth centres that provide SRH information and services to adolescents and young people, although many need more investment to be functional. Due to the absence of baseline data, it is difficult to measure the quality of the YFS being provided.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce early and unintended pregnancy

The minimum age for consent to sex is 18 years for both males and females, however, early marriage, lower levels of contraceptive use, and a high unmet need for family planning predispose adolescents to increased chances of teenage pregnancy and motherhood. No policies currently exist to protect the right to education for pregnant learners.

Eliminate GBV

Ethiopia has made enormous progress in reducing harmful traditional practices, including early marriage and FGM. With active participation by religious and community leaders, these practices have been abandoned in many districts and regions. In addition, the country launched the National Strategy and Action Plan on Harmful Traditional Practices against Women and Children in 2013. This strategy is fully endorsed by the government and coordination and leadership mechanisms are in-place. In terms of combatting school-related GBV, a Code of Conduct is being implemented by the gender directorates of each educational institution which covers elements of physical safety, stigma, discrimination, and abuse, however, the level of its implementation and the impact it is making in the school community needs further analysis.

Eliminate child marriage

Early marriage is a deeply rooted tradition in many Ethiopian communities, with 41.2% of girls marrying before the age of 18⁹, despite the legal age for marriage being 18 as of 2004.

The government has a guiding strategy and plan in response to child marriage, including the National Strategy and Action Plan on Harmful Traditional Practices Against Women and Children, which launched in 2013. The government has also committed to taking further action at the Girl Summit in 2014 and 2015¹⁰.

Indicators	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁷						21,000
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁸	10.9%	1.2%				
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁸	23.9%	34.2%	28.4%			
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁸	12.4%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Target 8: Eliminate child marriage						
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ⁸	16.4%			N/A	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ⁸	41.2%			N/A	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

- Dissemination of the ESA Commitment principles has contributed to a stronger common understanding of the seriousness of the HIV epidemic and the protective effect of accessible SRH information and services.
- The issue of CSE has obtained substantial recognition and interventions have been put in place, for example, the Ministry of Health took CSE into consideration while developing the Adolescent and Youth Health Strategy (2015-2025), and the Ministry of Education has taken measures to integrate CSE into curricula of higher education institutions as integrated and/or standalone subjects.
- An advocacy workshop conducted under the leadership of the Ministry of Women, Children and Youth Affairs, where different ministries and youth-focused stakeholders were invited to discuss the coordination of interventions, was attended by the president of the country and led to the establishment of a dedicated Ministry of Youth.

Challenges

Ethiopia considers CSE a particularly culturally-sensitive topic, halting some of the momentum for community and political support. That being said, there is a growing movement of stakeholders involved in the response to HIV and AIDS that recognize its importance. This provides a window of hope for the ESA Commitment to take off in the near future. However, lack of resources to generate solid evidence on CSE has made it difficult to assess the depth of its implementation, even though progress has undoubtedly been made.

Sources

1. UN population Division Estimates, 2015.
2. MOE, 2013/2014.
3. UNESCO, 2015. *Comprehensive Sexuality Education in Teacher Training in Eastern and Southern Africa*.
4. MOH, 2012-2013. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
5. Selected 2011 GPS Key Results: Ethiopian Ministry of Education.
6. UNESCO, 2015. Global summary and status of school based comprehensive sexuality education.
7. UNAIDS HIV 2013 Estimates.
8. DHS, 2011.
9. UNICEF, 2015.
10. www.girlsnotbrides.org Ethiopia country pages.

BACKGROUND

Since the ESA Commitment, the country has made great strides in creating an enabling environment for delivery of CSE and access to SRH services to young people, complemented by LSE programmes provided by FBOs and CSOs through extra-curricular interventions.

Coordination of the ESA Commitment

Kenya has established a two dimensional multi-sectoral coordination mechanism which involves government ministries, civil society, development partners, and young people. There is also a Technical Working Group on CSE led by the Ministry of Education, Science and Technology that meets on a quarterly basis. The TWG has so far developed draft guidelines on CSE and a costed work plan of ESA Commitment activities. The TWG also provides technical and financial support to the Ministry of Education, Science and Technology in the implementation of the Commitment. In addition, the National AIDS Control Council convenes and coordinates a multi-sectoral working group on HIV and young people through which the ESA Commitment agenda is addressed. Through both groups, ESA Commitment-related activities have been included in national processes, such as the Fast-Track Plan to End HIV and AIDS Among Adolescents and Young People, the National Adolescent Sexual and Reproductive Health Policy Implementation Plan, and the National Guidelines for the Provision of Adolescent and Youth Friendly Services in Kenya.

2015 TARGETS

TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

Sexuality education in Kenya is taught within Life Skills and other carrier subjects, such as Science and Religious Education, in primary and secondary school. However, because it is a non-examinable subject, it is rarely taught in most schools. The current comprehensive curriculum reform process provides an opportunity to address this gap. In line with the education sector policy on HIV and AIDS, which guides the implementation of HIV and CSE programmes in schools, the capacity of 121 out of 125 curriculum developers has been enhanced to ensure that young people receive higher quality CSE information once the curriculum is reformed.

b) CSE out of schools

The 2015 National Adolescent Sexual and Reproductive Health Policy, alongside the policy's costed implementation plan which is currently being developed, will pave the way for provision of CSE to young people out of school, as well as improved coordination and planning among key stakeholders in the delivery of SRH programmes. UNFPA is supporting the Ministry of Health to develop and roll out an SRH information manual targeting young people out of school and those in youth empowerment platforms such as youth polytechnics and the National Youth Service.

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

There have been no teacher training courses for pre-service teachers specifically on CSE to date, but the Ministry of Education will use the newly developed online course on CSE by UNESCO and UNFPA to train the first cohort of participants in 2016. In addition, the number of in-service teachers trained has gradually increased since the ESA Commitment was endorsed: from 869 teachers in 2013 to 1,026 in 2015⁶. Initial assessments have shown that the teachers are feeling more comfortable teaching sexuality education after completing training. In fact, some reports have shown an increase in the number of young people accessing health services referred by teachers.

TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV


a) National ASRH policies and strategies



The ESA Commitment has supported the development of the 2015 Adolescent Sexual and Reproductive Health Policy and the National Guidelines for Provision of Adolescent and Youth Friendly Services, both of which cover the 10-19 years age group. The policy complements the Education Sector Policy on HIV and AIDS, which has rolled out in all 47 counties.

b) Youth-friendly SRH services

Schools and health facilities are currently being mapped in order to link with increased uptake of treatment and other support services. A total of 14,308 young people accessed youth-friendly health services – of which 71% were adolescents between 15-19 years old. This is largely attributed to stronger referral systems over the years.












Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	43,000,000
Estimated population of young people (10-24) ²	14,606,090
Number of schools ³	Primary: 29,460 ⁴ Secondary: 8,734
Number of in-service teachers ³	Primary: 270,375 Secondary: 122,147
Number of health workers ⁵	73,097

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization of the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	45% Primary 32% Secondary	51% Primary 39% Secondary	 Achieved
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No	No	 In progress

b) Training of health workers

Kenya has implemented specific training programmes for health care professionals on the delivery of YFHS through the Ministry of Health and its partners, such as UNFPA, and reports indicate that a total of 288 health providers were trained between 2013 and 2015. This was aimed at improving the perceptions and attitudes of service providers towards young people, which is often flagged as a key bottleneck to service uptake, and in turn leads to an increase in the number of young people accessing SRH services.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce new infections

The number of new infections among young people aged 15-24 in Kenya has slightly declined over the last three years, but girls are still disproportionately affected. A multi-sectoral response to address this is being implemented through various initiatives such as the Fast-Track strategy, DREAMS, and the All In! Global Campaign to End Adolescent AIDS.

There has been a significant increase in the number of young people testing for HIV from 2008 to 2014, as well as adopting risk reduction behaviours, including delayed sexual debut, reduced number of partners, and increased condom use, among others.

Increase HIV prevention knowledge

There has been a 10% increase in the HIV prevention knowledge levels of young people from 2008 to 2014, but efforts are underway to ensure that knowledge levels increase even more by mainstreaming CSE in the reformed curriculum and designing interventions for out-of-school youth.

Reduce early and unintended pregnancy

According to the Children's Act 8 of 2001, the minimum age of consent to sex for both females and males is 18 years. Kenya has nevertheless provided a return-to-school policy for teenage mothers under the Education and Training Sector Gender Policy. As a result, pregnant learners are not suspended and are given other opportunities to finish national exams.

Eliminate GBV

The data indicates an increase in GBV rates which could be attributed to more cases being reported due to the greater awareness of rights and protective laws as a result of various programmes by government. GBV is addressed in the Kenya Constitution for 2010, the Sexual Offences Act of 2006, Children's Act of 2001, Teacher Service Commission Code of Conduct, Adolescent Sexual and Reproductive Health Policy, and the Education Gender Policy.

Eliminate child marriage

The minimum age of consent to marriage in Kenya is 18 years for both males and females. Yet approximately one in four girls are married before the age of 18⁹. Young women living in rural areas are twice as likely to be married before the age of 18 than those living in urban areas. It is hoped the Marriage Act, which was passed in 2014, together with the ASRH and Education Gender policies will help to address issues such as child marriage and harmful cultural practices such as FGM, which contribute to child marriages.

Indicators	Baseline			Available Data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁷	24,199	13,016	37,217	23,305	12,461	35,764
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁸	24.9%	25.5%		61%	73%	
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁸	40.9%	25.5%		68%	50%	
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁹				57%	65%	
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁹	17.7%	N/A	N/A	18%	N/A	N/A
Target 7: Eliminate gender-based violence						
Prevalence of gender-based violence among 15-24-year-olds ⁹			38.2%			40.8%
Target 8: Eliminate child marriage						
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ⁶	6.2%	N/A	N/A	4.4%	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ⁶	26.4%	N/A	N/A	22.9%	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

The ESA Commitment does not carry a specific resource envelope and this has impacted on the level of implementation by partners involved. Despite this handicap, there have been effective linkages and partnerships between initiatives such as All In! and DREAMS that build momentum on CSE and ASRH work. To accelerate implementation of Commitment-related activities, it is important to advocate for more resources.

Challenges

Kenya has experienced some challenges in its efforts to provide CSE due to perceptions of some key stakeholders that it could encourage early sex among adolescents and young people. This opposition has to a certain extent affected the implementation of activities. It is therefore important to involve adolescents and young people in the development of CSE content and to promote further dialogue among parents, religious leaders and other key stakeholders.

Sources

1. Kenya National Bureau of Statistics (2014) Projections.
2. UN population Division Estimates, 2015.
3. EMIS, 2014.
4. This includes ECDs, public, private and primary.
5. Africa Health Workforce Observatory, 2010. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
6. Kenya teacher training reports, 2015.
7. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
8. DHS, 2008 and 2014.
9. KDHS, 2008 and 2014.
10. UNFPA Child Marriage Profile: Kenya, 2012.


BACKGROUND

Prior to the launch of the ESA Commitment, the Lesotho Government had formulated a number of policies, guidelines and other frameworks relevant to reproductive health and HIV-related education, particularly for young people. However, the Commitment became an important catalyst for galvanizing, harnessing, and enhancing more effective scale-up of both CSE and SRH services for adolescents and young people.

Coordination of the ESA Commitment

Lesotho has established a Technical Working Group to coordinate the ESA Commitment which is jointly chaired by the Ministries of Health and Education and consists of relevant government ministries, school proprietors, teacher organizations, civil society, and UN agencies. The TWG has terms of reference and meets every quarter. It has a joint work plan which draws from the Ministries of Health, Education, and Gender sector plans and resources have been allocated, although specific activities have not yet been costed.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	2,135,022
Estimated population of young people (10-24) ¹	729,730
Number of schools ²	Primary: 1477 Secondary: 339 Tertiary: 14
Number of in-service teachers ²	Pre-primary: 3,700 Primary: 11,167 Secondary: 5,367
Number of health workers ³	1,301

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

Since the ESA Commitment was affirmed in 2013, Lesotho's Life Skills Education curriculum has been reviewed and revised to incorporate CSE and rolled out to Grades 4, 5 and 6 in all primary schools using an integrated approach. This new curriculum means CSE is now examinable. In addition, the curriculum is being piloted in 70 primary schools in Grade 7 in 2016 as a stand-alone subject. To date, it has only been piloted in Grade 8 at secondary school level, however, because the new curriculum is designed to cover the first 10 years of schooling, it will follow young people as they progress through the grades and will build on topics taught in earlier grades.

a) CSE out of schools

Lesotho does not have a specific strategy to reach young people out of school, nor are the issues related to them mainstreamed into the draft school health policy.

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year.	4.75% primary school	100% in grades 4-6	 In progress
<i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	0% secondary school	29.5% in form A	
Does this country have a costed CSE strategy for out of school youth?	No	No	 Not achieved

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

Since 2013, 1,900 pre-service primary and secondary school teachers from the Lesotho College of Education, 4,416 in-service primary school teachers, and 100 in-service secondary school teachers have been trained on CSE delivery. With the introduction of the new curriculum, re-orientation was also provided to teachers to help them effectively implement CSE in the classroom. However, the main challenge has been proper in-service training of teachers, and while anecdotal data indicate that teachers need more training than they have received in order to effectively deliver CSE in schools, in-service training comes at a high cost.

b) Training of health workers

Nurses in all health facilities were trained on the National Minimum Standards for Provision of Adolescent-Friendly Health Services, although the exact numbers are not available.












TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

Lesotho has the following policies and strategies in place: Sexual Offences Act, Child Protection and Welfare Act, National Minimum Standards for Provision of Adolescent-Friendly Health Services, National Action Plan for Women, Girls and HIV and AIDS, HIV Testing Services Policy, Behaviour Change and Communication Strategy, National HIV and AIDS Strategy, Elimination of Mother to Child Transmission Plan, draft School Health and Nutrition Policy; and draft Adolescent Health Strategy.

b) Youth-friendly SRH services

Lesotho experienced an increase in the uptake of antenatal clinic services by teenage mothers in some health facilities as a result of the training and capacity-building of health providers.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce new infections among young people

Coverage of HIV testing services among young people who are sexually active has improved dramatically over the last four years, with young males accessing HIV testing more than their female counterparts. In addition, there has been an increase in uptake of voluntary medical male circumcision (VMMC), which is also used as an entry point for other services, such as HIV testing and condom distribution.

Reduce early and unintended pregnancy

Although the age of consent to sex is 16 years, 19% of adolescent girls aged 15-19 have begun childbearing.

Eliminate GBV

Data on GBV are limited, and there is very low reporting of GBV cases, however, a recent study by Gender Links revealed that 86% of women experienced some form of violence at least once in their lifetime and 62% experienced intimate partner violence. The draft School Health and Nutrition Policy and draft Adolescent Health Strategy guide the response to GBV, teenage pregnancy, and child marriage, however, progress is limited due to the fact that both the policy and the strategy are yet to be adopted and approved by the relevant authorities. There is currently no legal or policy instrument to address school-related GBV.

Eliminate child marriage

The minimum age of consent to marriage in Lesotho is 18 years, however, there are still many children, particularly in the rural areas, who are married at a very early age. The Ministry of Social Development is currently undertaking campaigns across the country to sensitize communities about child marriage and how to prevent them. The Ministry of Education and Training is also working on new strategies to address high school dropouts, which are highly prevalent in rural areas and a major contributing factor to child marriages.

Indicators	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁴	4,148	2,491	6,640	4,003	2,386	6,388
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁵				7.8%	22.1%	12.2%
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁵				58.0%	36.4%	51.8%
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁵	28.7%	38.6%		37.6%	30.9%	35.5%
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁶	19.8%	N/A	N/A	19%	N/A	N/A
Target 7: Eliminate gender-based violence						
Prevalence of gender-based violence among 15-24-year-olds ⁷	28.8% ⁹	51.9%				
% of women who have experienced some form of violence at least once in their lifetime ⁸				86%	N/A	N/A
Target 8: Eliminate child marriage						
Does the country have programmes that prevent and mitigate against child marriage?			Yes			Yes
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ¹⁰		N/A	N/A	2%	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ⁸		N/A	N/A	19%	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

Under the ESA Commitment there has been a notable increase in adolescent-friendly service delivery, with adolescents dominating as the most common age group receiving health services at facilities (86%) in some districts.

Challenges

- Lesotho has noted major challenges in adequately and consistently reaching children, adolescents and young people out of school. Currently, 19% of children (primary school age) are out of school. This calls for urgent interventions from both health and education sectors to respond to the needs of out-of-school youth in Lesotho.
- The main challenge with regard to classroom delivery of CSE is inadequate training for in-service teachers.
- The number of health providers trained is not yet sufficient to achieve the required results for the ESA Commitment. Lack of human resources and flexibility in service delivery after school and over weekends have created two major challenges in providing adequate services to young people.
- Disaggregated data collection continues to be a challenge, particularly with regard to training of teachers and health professionals as well as number of adolescents and young people accessing YFHS.

Sources

1. UN Population Division Estimates, 2015.
2. Education Statistics Report, Ministry of Education and Training, 2014.
3. WHO Fact Sheet on Lesotho. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
4. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
5. GARPR report, 2015.
6. DHS, 2009 and 2014.
7. DHS, 2010-11.
8. Gender Links Study, 2015 (including partner and non-partner violence).
9. Percentage of women and girls aged 15 to 49 who have ever experienced physical or sexual violence.
10. UNICEF, 2015.


CONTEXTE

Avant que l'engagement de l'AOA ne soit approuvé, la formation en compétences de vie était déjà intégrée au système scolaire malgache et pouvait faire l'objet d'un examen. On observe toutefois des lacunes importantes au niveau de sa couverture et de sa qualité. De plus, malgré un taux de VIH très faible, le niveau de connaissances détaillées sur des sujets comme le VIH et le sida est faible ; les taux de grossesse des adolescentes et d'enfants non scolarisés sont élevés, surtout chez les filles ; et le nombre de mariages d'enfants est en hausse.

Coordination de l'engagement de l'AOA

Madagascar n'a pas établi de mécanisme de coordination et n'a aucun terme de référence pour guider la mise en œuvre de l'engagement de l'AOA. Toutefois, avec l'appui du FNUAP et de l'UNESCO, les plans de travail des secteurs gouvernementaux sont en train d'être validés et le plan sectoriel pour le ministère de l'Éducation est en cours de conception.

Données démographiques	Chiffres
Estimation de la population totale (tous âges) ¹	24,235,390
Estimation de la population jeune (10 à 24 ans) ¹	7,988,954
Nombre d'écoles ²	Primaire: 31,071 Secondary: 5,279
Nombre d'enseignants en cours d'emploi ²	Primaire: 115,640 Secondary: 48,033
Nombre de professionnels de la santé ³	17,604

Indicateurs et cibles	Données de référence 2013	Données actuelles 2015	Progrès
Le pays met-il en œuvre une stratégie ou un cadre multisectoriel afin de concrétiser l'engagement ministériel de l'AOA?	Non	Oui	 Atteinte

CIBLES 2015



CIBLE 1: Un cadre de programmes scolaires pour une éducation sexuelle complète (ESC) de bonne qualité est mis en place et appliqué dans chacun des 20 pays

a) ESC dans les écoles

L'ESC de qualité n'est pas encore disponible dans tout Madagascar, bien que plusieurs aspects aient été inclus au programme scolaire, comme les compétences de vie. Il y a également des lacunes importantes de contenu, surtout s'agissant de sujets essentiels comme ceux qui sont soulignés dans les Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle, notamment: la communication, la négociation, le refus, l'autonomisation des droits de l'Homme, la contraception, les préservatifs, la croissance et le développement humain, et la prévention du VIH et des IST.

b) ESC pour les jeunes non scolarisés

Depuis l'approbation de l'engagement de l'AOA, Madagascar a inclus plusieurs aspects de l'ESC au sein des services de santé pour atteindre plus d'adolescents et de jeunes, surtout ceux qui ne sont pas scolarisés. En outre, les questions relatives aux jeunes non scolarisés ont été intégrées à divers instruments, plans et stratégies politiques, comme le Plan National de lutte contre le sida, la Stratégie de communication et de lutte contre le VIH/sida et le Plan national de la jeunesse.

Indicateurs et cibles	Données de référence 2013	Données actuelles 2015	Progrès
% d'écoles ayant dispensé une éducation sexuelle et sur le VIH axée sur les compétences pour la vie courante au cours de la dernière année scolaire <i>(Atteindre 40% des écoles d'ici à 2015)</i>	6.0%	28.2%	 Non atteinte
Ce pays a-t-il instauré une stratégie d'ESC pour les jeunes non scolarisés, avec un budget estimé?	Non	Non	 En cours


CIBLE 2: Une formation à la SSR et à l'ESC est mise en place et appliquée 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

a) Formation des enseignants

La formation des enseignants est dans une phase pilote et sa portée et son impact sont limités en raison de contraintes financières. Les enseignants en cours d'emploi ont bénéficié d'une formation pilote et les écoles sont en train de déterminer des cibles. Les enseignants formés ont partagé leurs accomplissements au sein de leurs institutions pour créer un effet de cascade. Un total de 776 enseignantes et de 402 enseignants en cours d'emploi ont été formés à l'ESC par la Direction de la santé scolaire. Parallèlement, cinquante autres enseignants du primaire et du secondaire ont été formés à l'ESC.

b) Formation des professionnels de la santé

L'instabilité politique a perturbé la formation des professionnels de la santé avant l'emploi et en cours d'emploi, et la promulgation retardée de la politique nationale de la santé a rendu d'autant plus difficile la formation dans le secteur de la santé.

Indicateurs et cibles	Données actuelles 2015	Progrès
% d'écoles ayant dispensé une éducation sexuelle et sur le VIH axée sur les compétences pour la vie courante au cours de la dernière année scolaire <i>(Atteindre 40% des écoles d'ici à 2015)</i>	7.0% ⁶	 En cours












CIBLE 3: Diminuer de 50% le nombre d'adolescents et de jeunes n'ayant pas accès à des services de SSR, y compris relatifs aux VIH

a) Politiques et stratégies nationales de SSR des adolescents

Même si Madagascar n'a pas de stratégie ou cadre national spécifique et doté d'un budget pour gérer la prestation des services de SSR adaptés aux jeunes, l'offre de services adaptés aux jeunes est sous-tendue par la politique nationale de santé des adolescents et des jeunes 2015.

b) Services de SSR adaptés aux jeunes

Certains services de santé adaptés aux jeunes ont été instaurés dans le pays mais ils ne sont pas encore généralisés de manière significative.

Services de base de SSR des adolescents, UNPFA 2015	Services fournis
Examens de santé généraux, notamment des contrôles du développement physique, de la vue, de l'ouïe, etc.	
Conseils sur les questions de puberté et aide relative à l'hygiène et aux problèmes menstruels	
Éducation et conseils sur la santé sexuelle et reproductive et sur la sexualité	
Éducation en matière de contraception et de méthodes contraceptives, y compris les préservatifs et la contraception d'urgence	
Tests de grossesse, soin prénatal, accouchement (soins obstétricaux) et soins post-nataux	
Conseils sur les options de grossesse et, lorsqu'il est légal, sur l'avortement dans des conditions sûres, et soins post-avortement	
Éducation sur les IST, diagnostic et traitement, notamment la notification au partenaire	
Éducation sur le VIH, conseils, dépistage et orientation en matière de traitement, de soins et de services de soutien, prophylaxie avant et après exposition	
Circoncision médicale	
Dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis vaginal)	
Immunisation, notamment contre le papillomavirus humain (verrues génitales) et l'hépatite B	

CIBLES 2020

Augmenter la connaissance détaillée sur la prévention du VIH

Avec l'appui de la Banque africaine de développement et du FNUAP, les professeurs principaux ont été formés à intégrer le sujet de la prévention du VIH à l'enseignement dispensé dans les salles de classe du primaire et du secondaire. Ces efforts sont entrepris dans le cadre de la mise en œuvre du programme éducatif pour la santé de la reproduction des élèves et des adolescents.

Réduire les grossesses précoces et involontaires

Madagascar n'a pas de politique ou stratégie spécifique pour lutter contre les grossesses des adolescentes, mais la Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes aide à résoudre les questions relatives à la discrimination dans les centres médicaux pour mères adolescentes. L'âge minimum du consentement aux rapports sexuels est fixé à 14 ans.

Éliminer les violences liées au genre

En juin 2015, le gouvernement de Madagascar a lancé la campagne de l'Union africaine pour mettre fin aux mariages d'enfants en Afrique. Cette campagne prévoit une collaboration avec les partenaires, la police, les décideurs politiques, les associations de femmes, les communautés locales et les chefs traditionnels pour éradiquer les violences liées au genre et aux mariages d'enfants.

Éliminer les mariages d'enfants

Outre la campagne pour mettre fin aux mariages d'enfants en Afrique, Madagascar a instauré des programmes pour prévenir cette pratique et y pallier. Madagascar a l'un des taux de mariages d'enfants les plus élevés dans le monde: 48% des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans et 1 sur 10 est mariée avant l'âge de 15 ans. En 2007, le gouvernement a fixé l'âge minimum du mariage à 18 ans pour les filles et les garçons, tandis qu'il était auparavant fixé à 14 et 17 ans respectivement.

Indicateurs et cibles

Cible 4: Consolider les gains récents et durement acquis en matière de baisse de la prévalence du VIH en AOA, et tendre vers l'élimination de toutes les nouvelles infections par le VIH parmi les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans

	Données de référence			Données actuelles		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Nouvelles infections par le VIH (chez les 15-24 ans) ⁷	896	1,104	2,001	1,136	1,518	2,654
% de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, jamais mariés, ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel ⁸	9.1%	17.6%				
% de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans, sexuellement actifs, qui ont subi un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats ⁸	4.2%	3.6%		3.8%	1.9%	

Cible 5: Porter à 95% la proportion d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans possédant un niveau de connaissances détaillées sur la prévention du VIH

	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Connaissances des jeunes sur la prévention du VIH (Jeunes décrivant correctement les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du virus) ⁸	28.7	38.6%	47%	23.0%	26.0%	

Cible 6: Réduire de 75% les grossesses précoces et involontaires chez les jeunes

	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
% d'adolescentes déjà mères (15-19 ans) (ayant des enfants ou actuellement enceintes) ⁹	31.7%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Cible 8: Éliminer les mariages d'enfants

	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Le pays a-t-il mis en place des programmes pour prévenir les mariages d'enfants et y pallier?			Non			Oui
% de femmes (20-24 ans) mariées pour la première fois ou engagées dans une union avant leurs 15 ans ⁸	14.4%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
% de femmes (20-24 ans) mariées pour la première fois ou engagées dans une union avant leurs 15 ans ⁸	48.2%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ENSEIGNEMENTS RETENUS ET DÉFIS

Enseignements retenus

- L'engagement de l'AOA a permis à Madagascar de se concentrer sur les questions liées aux cibles, comme l'âge du consentement au sexe ; la prévalence des fistules obstétricales, l'une des conséquences des grossesses des adolescentes ; le taux de mortalité chez les adolescentes et les jeunes femmes ; et le planning familial chez les jeunes. Il a aussi aidé le pays à mettre au point des outils pour répondre aux besoins réels de la population.

Défis

- L'instabilité politique et le manque de capacités en ressources humaines ont freiné le lancement de l'engagement de l'AOA, le déploiement d'une ESC de qualité et l'instauration des services de santé adaptés aux jeunes.
- La collecte de données désagrégées et actualisées sur les jeunes s'est avérée être un défi majeur.

Sources

- Estimations de la Division de la Population des Nations Unies, 2015.
- Annuaire statistique MEN/DCI, 2014-2015.
- Annuaire statistique MEN, 2014. Plan national de développement sanitaire (2012-2025), 2014. Les professionnels de la santé incluent les médecins, les infirmières et les sages-femmes, les dentistes et les techniciens dentaires, les pharmaciens et techniciens en pharmacie, les experts en santé publique et en environnement, les techniciens de laboratoire, les agents de santé communautaire et les autres membres du personnel d'encadrement et d'appui. Educators include teachers, proximity supervisors, educational advisors, monitors, and school principals in the region and districts.
- MEN/DCI.
- Les 7% ne s'appliquent qu'aux écoles publiques car les établissements en dehors du système scolaire public n'ont encore fourni aucun chiffre. Madagascar est toutefois en train de rassembler ces données.
- Estimations de l'ONUSIDA sur le VIH, 2015.
- EDS, 2008-2009.
- EDS, 2008-2009. Rapport 2012 de l'enquête nationale de suivi des objectifs du millénaire pour le développement. (ENS OMD).


BACKGROUND

The ESA Commitment in Malawi has created the space for communities and policy-makers to engage on how best to address the wide-ranging needs of young people. Programmatic and policy options are considered within the political context and are underpinned by available data and evidence.

Coordination of the ESA Commitment

Malawi's coordination mechanism brings together the Ministries of Health, Education, and Youth, as well as UN agencies. It is endorsed by government, but the ESA Commitment processes are led by the UN agencies. The team meets once a quarter to coordinate participatory planning, implementation, and evaluation of Commitment activities and to coordinate various activities related to programming for young people. The activities under the ESA Commitment have been included in the sector work plans and costed, but allocating resources has been a challenge. The targets are being met by existing programmes, which are implemented jointly by government and development partners.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	17,522,000
Estimated population of young people (10-24) ²	5,755,050
Number of schools ³	Primary: 5,738 Secondary: 1,354
Number of teachers ³	Primary: 71,363 Secondary: 14,497
Number of health workers ⁴	18,374

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

Malawi has integrated CSE into the Life Skills Education and it is examinable in the secondary school curriculum, however, primary school only covers topics related to life skills. A recent review and revision of the secondary school curriculum has created a strategic opportunity to simultaneously address gaps in content, including sex and sexuality, as well as linkages to quality SRH services. Efforts are ongoing to complement in-school CSE with engaging out-of-school young people. Through the Ministry of Labour, Youth, and Manpower Development, an in- and out-of-school training curriculum on CSE was developed. As the new secondary school curriculum has just been finalized, partners in the ESA Commitment have started engaging the Ministry of Education and advocating for the introduction of CSE in primary schools.

b) CSE out of schools

Following the launch of the National Youth Status Report early this year, Malawi is developing a costed CSE strategy and plan for out-of-school youth. This will, among other things, address emerging issues, including CSE for all youth, including out-of-school youth.

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year ⁵	100% (5641 primary schools)	100% (5,700 primary schools)	 Achieved
(Target: 40% schools to be reached by 2015)	65% secondary school (660 schools)	80% secondary school (1,083 schools)	
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No	In progress	 In progress

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

Training of pre-service teachers is coordinated by the Department of Teacher Education and Development (DTED), with additional training support by development partners and NGOs. CSE delivery takes place within LSE and covers all essential topics. In 2015, 9,157 pre-service teachers were trained on life skills-based CSE.

The Ministry of Education has also led the training of more than 60% of secondary school LSE in-service teachers on CSE. However, to ensure that the teachers received additional skills in the delivery of CSE, ESA Commitment partners provided supplementary training to 470 secondary school teachers. In total, between 2013 and 2015, 30,086 pre- and in-service teachers were trained, improving their confidence in the delivery of CSE at classroom level.

b) Training of health workers

Training for health providers is guided by the revised YFHS standards and the Youth Friendly Health Strategy. Pre-service training is taking place, although the data on numbers of health providers trained are not available. However, approximately 52% of community-based distribution agents reported having received training in YFHS. In addition, through a specific YFHS programme, more than 68% of health care providers and 73% of those in hospitals said they had been trained to offer YFHS.

TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

To support ASRH needs, Malawi has the following in place: National Youth Policy, Reproductive Health and Rights Policy, HIV Policy, Gender Policy, and the National Youth Friendly Health Strategy (2015-2020).

b) Youth-friendly SRH services

As of 2007, the Government of Malawi, with support from UNFPA, UNICEF, WHO, and other stakeholders, began implementing the YFHS programme as a strategy to make all health services more acceptable, accessible, and affordable. Although, only 7 out of 11 required services are provided to young people, Malawi health facilities also address cases of gender-based violence (physical) and sexual assault through one-stop centres, which is not part of the standard package.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	✗
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	✓
Education and counselling on SRH and sexuality	✓
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	✓
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	✓
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	✓
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	✓
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	✓
Medical male circumcision	✗
Screening for cervical cancer (Pap smear)	✗
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	✗

2020 TARGETS

Reduce new infections among young people

Despite an overall decline, the number of new infections among girls remains disproportionately higher than their male counterparts. Programmes to address the vulnerabilities of adolescent girls and young women are being implemented, such as the UN Joint Programme on Adolescent Girls and the EU-funded Gender Equality and Women Empowerment programme, which are implemented with government's leadership.

The number of young people that have tested for HIV is still low, despite the increase from 28% in 2012 to 40% in 2014. However, young people aged 15-25 are adopting a number of HIV risk reduction behaviours, including condom use for safer sex and uptake of voluntary medical male circumcision.

Increase HIV prevention knowledge levels

The existing data indicates a slight increase in the knowledge levels of young people for HIV prevention, from 43% in 2010 to 47% in 2014.

Reduce early and unintended pregnancy

Almost 26% of girls have become pregnant or given birth before the age of 18 in Malawi, with incidences of teenage pregnancy increasing. Accelerated interventions focused on teenage pregnancy will be needed in working towards the ESA Commitment 2020 targets.

Eliminate GBV

The GBV rates among young people stand at 21% (physical abuse) and 18% (sexual abuse) in Malawi. Poor implementation and gaps in laws and cultural attitudes that condone violence against women are major challenges in preventing GBV.

Eliminate child marriage

Malawi has one of the highest rates of child marriage in the world, with one out of two girls married by the age of 18¹¹. Conflicting legislation makes the minimum age of marriage ambiguous in Malawi. In 2015, Parliament adopted the Marriage, Divorce and Family Relations Bill, raising the minimum age of marriage without parental consent to 18. However, the new provisions cannot overwrite the country's Constitution. The constitution does not specifically prohibit child marriages, but merely directs the government to discourage them.

Indicateurs	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁶	8,105	3,314	11,419	6,748	2,749	9,497
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁷				14.3%	22.1%	18.2%
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁸			28%	41.7%	43.3%	40.0%
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁹			43%	44.2%	51.1%	47.7%
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁷		N/A	N/A	25.6%	N/A	N/A
Target 7: Eliminate gender-based violence						
Prevalence of gender-based violence among 15-24-year-olds			44.9% ⁷	21% (physical abuse) 18% (sexual abuse)¹⁰		
Target 8: Eliminate child marriage						
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ⁷	11.7%	N/A	N/A	5%	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ⁷	49.6%	N/A	N/A	33%	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

- Teachers often find it difficult to deliver relevant content appropriately for both LSE and CSE because of factors such as their comfort level with the content, misconceptions of the topics covered, and an overcrowded curriculum. To address these issues, the Ministry of Education has led a massive campaign to orient and train all teachers on how to integrate CSE into LSE. A resource for teachers was also developed in 2015 to build the capacity of schools to engage with communities on CSE.
- Progress has been less than optimal in certain areas in the country due to the lack of designated resources. Although the ESA Commitment complements many of the milestones set out by government ministries, they are not prioritized in a highly competitive resource environment.
- Engagement of stakeholders, community members, traditional leaders and religious groups following the new Marriage, Divorce and Family Relations bill has been crucial to reducing the number of child marriages. It also led to one of Malawi's traditional chiefs annulling more than 300 child marriages and sending the girls back to school.

Challenges

To many stakeholders, including members of governments and community groups, the ESA Commitment is perceived as a UN-led initiative that runs alongside other initiatives. This undermines the significance of the ESA Commitment acting as a platform for sharing resources and collaborating across sectors, utilizing already existing initiatives and projects that fit local contexts. This has impacted all levels of ownership and sustainability. The coordinating team has therefore commenced working on adjusting this perception and bringing the ESA Commitment milestones more clearly in line with the Government's milestones.

Sources

1. Ministry of Gender 2015 Annual Report.
2. UN population Division Estimates 2015.
3. Ministry of Education, Education Management Information Systems (EMIS) Unit.
4. WHO website. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
5. Ministry of Education EMIS 2012 and EMIS 2015 reports.
6. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
7. DHS - National Statistical Office (NSO), 2010. Note: The 2014 MDG Endline survey did not capture data on this Indicateur. We have therefore used 2010 DHS data.
8. MDG Endline Survey - NSO, 2014.
9. SAQMEC, 2009 and MDG Endline Survey NSO, 2014.
10. Malawi Youth Data Sheet 2014, Population Reference Bureau.
11. UNICEF, 2015.

Depuis l'affirmation de l'engagement de l'AOA, le ministère de l'Éducation et des Ressources humaines a fait preuve d'une forte volonté politique pour généraliser l'éducation sexuelle. De grands pas en avant ont permis d'introduire l'éducation sexuelle dans les programmes de l'enseignement primaire et secondaire. En outre, le ministère de la Santé et de la Qualité de la vie a focalisé une grande part de ses efforts sur l'appui aux populations clés pour réduire le VIH, les IST et les autres facteurs de vulnérabilité. Plus de travaux sont toutefois encore nécessaires pour surmonter les obstacles qui empêchent les jeunes d'accéder aux services de SSR ; pour harmoniser les lois et politiques sur l'âge du consentement au sexe et au mariage ; et pour accroître la collaboration intersectorielle afin d'aborder les questions transversales comme les grossesses des adolescentes.

Coordination de l'engagement de l'AOA

Aucun groupe de travail technique n'est désigné pour coordonner les activités liées à l'engagement de l'AOA, mais les ministères de l'Éducation et de la Santé continuent de travailler ensemble pour atteindre les cibles de l'engagement de l'AOA. Par exemple, les structures et cadres existants, comme le Cadre stratégique national multisectoriel de lutte contre le VIH et le sida (2013-2016), le Cadre national sur le programme de l'enseignement primaire 2006-2015 et le Cadre national sur le programme de l'enseignement secondaire 2009-2016, se concentrent sur la résolution des questions liées à l'ESC, au VIH et aux services de SSR des jeunes, y compris des populations clés.

Données démographiques	Chiffres
Estimation de la population totale (tous âges) ¹	1,273,212
Estimation de la population jeune (10 à 24 ans) ¹	297,409
Nombre d'écoles ²	Primaire: 320 Secondary: 177
Nombre d'enseignants en cours d'emploi ³	Primaire: 28,029 Secondary: 3,231
Nombre de professionnels de la santé ⁴	12,765

Indicateurs et cibles	Données de référence 2013	Données actuelles 2015	Progrès
Le pays met-il en œuvre une stratégie ou un cadre multisectoriel afin de concrétiser l'engagement ministériel de l'AOA?	Non	Non	⊗ Non atteinte

CIBLES 2015

CIBLE 1: Un cadre de programmes scolaires pour une éducation sexuelle complète (ESC) de bonne qualité est mis en place et appliqué dans chacun des 20 pays

a) ESC dans les écoles

À partir des normes définies par les Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle, l'éducation sexuelle et sur le VIH axée sur les compétences pour la vie quotidienne est abordée au sein de la matière de l'éducation à la santé au niveau de l'enseignement primaire, et dans le secondaire, elle est intégrée aux matières comme les sciences et l'économie domestique. L'ESC a récemment été aussi introduite dans les écoles du secondaire, en particulier pour les élèves de 6e (première année d'enseignement secondaire).

b) ESC pour les jeunes non scolarisés

Maurice n'a pas de politique et/ou stratégie nationale relative à l'éducation sexuelle pour les jeunes non scolarisés, raison pour laquelle il est difficile de leur enseigner l'ESC.out-of-school youth, making it difficult to reach them with CSE.

Indicateurs et cibles	Données de référence 2013	Données actuelles 2015	Progrès
% d'écoles ayant dispensé une éducation sexuelle et sur le VIH axée sur les compétences pour la vie courante au cours de la dernière année scolaire <i>(Atteindre 40% des écoles d'ici à 2015)</i>	100%	100%	☑ Atteinte

CIBLE 2: Une formation à la SSR et à l'ESC est mise en place et appliquée 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

a) Formation des enseignants

Deux ans après l'affirmation de l'engagement de l'AOA, le ministère de l'Éducation et des Ressources humaines a formé un total de 677 enseignants avant l'emploi et 687 enseignants en cours d'emploi (589 du primaire et 98 du secondaire)⁵. Dans le cadre du nouveau programme scolaire révisé, les composantes liées à l'éducation sexuelle et aux compétences de vie ont été ajoutées aux programmes de formation des enseignants, et un manuel de SSR récemment publié pour les enseignants sert de matériel pédagogique à la formation des enseignants dans tout le pays.

b) Formation des professionnels de la santé

Maurice assure des programmes de formation en cours d'emploi pour les professionnels de la santé, mais peu de chiffres fiables sont disponibles pour connaître le nombre de personnes formées chaque année. On sait toutefois que 80 médecins et 80 infirmières ont été spécialement formés à la prestation des services de santé adaptés aux jeunes depuis que l'engagement de l'AOA a été affirmé. Le gouvernement n'offre pas de programme de formation avant l'emploi sur la prestation des services adaptés aux jeunes.

CIBLE 3: Diminuer de 50% le nombre d'adolescents et de jeunes n'ayant pas accès à des services de SSR, y compris relatifs aux VIH

a) Politiques et stratégies nationales de SSR des adolescents

Le ministère de la Santé et de la Qualité de vie a établi deux cadres politiques principaux axés sur le bien-être et la santé des jeunes scolarisés ou non scolarisés: la stratégie et le plan d'action nationaux sur la santé sexuelle et reproductive (2009-2015) et la politique nationale sur la santé sexuelle et reproductive (2007).

b) Services de SSR adaptés aux jeunes

Un total de 1 649 adolescents et jeunes ont accédé aux services de santé adaptés aux jeunes entre 2014 et 2015, mais aucune donnée désagrégée par âge ou par genre n'est disponible. Il est intéressant de noter que le recours aux services a baissé en 2014: de 905 en 2013 à 697 en 2014, avant de remonter à 952 en 2015. Par ailleurs, le nombre de jeunes de 15 à 24 ans ayant subi un dépistage du VIH ces 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats a augmenté notablement, puisqu'il est passé de 6,9% en 2011 à 20,8% en 2014⁶.

Services de base de SSR des adolescents, UNPFA 2015	Services fournis
Examens de santé généraux, notamment des contrôles du développement physique, de la vue, de l'ouïe, etc.	☑
Conseils sur les questions de puberté et aide relative à l'hygiène et aux problèmes menstruels	☑
Éducation et conseils sur la santé sexuelle et reproductive et sur la sexualité	☑
Éducation en matière de contraception et de méthodes contraceptives, y compris les préservatifs et la contraception d'urgence	☑
Tests de grossesse, soin prénataux, accouchement (soins obstétricaux) et soins post-nataux	☑
Conseils sur les options de grossesse et, lorsqu'il est légal, sur l'avortement dans des conditions sûres, et soins post-avortement	☑
Éducation sur les IST, diagnostic et traitement, notamment la notification au partenaire	☑
Éducation sur le VIH, conseils, dépistage et orientation en matière de traitement, de soins et de services de soutien, prophylaxie avant et après exposition	☑
Circoncision médicale	☑
Dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis vaginal)	☑
Immunisation, notamment contre le papillomavirus humain (verruves génitales) et l'hépatite B	☑

CIBLES 2020

Réduire le taux de nouvelles infections parmi les jeunes

La prévalence du VIH à Maurice est relativement faible comparée aux autres pays de la région, et les nouvelles infections par le VIH chez les 15-24 ans ont diminué (de 77% en 2012 à 49% en 2014), mais ce groupe reste particulièrement vulnérable aux infections par le VIH et aux grossesses des adolescentes en raison de certains comportements à haut risque observés dans le pays, comme l'activité sexuelle précoce et la consommation de drogues⁷.

Une intervention multisectorielle pour répondre aux vulnérabilités des adolescentes et des jeunes femmes est donc en cours de mise en œuvre par le biais de divers programmes de sensibilisation et de SSR dans les centres pour les jeunes, les centres pour les femmes, les cliniques pédiatriques et les maternités, ainsi que par le biais de programmes menés avec des organisations confessionnelles.

Augmenter les niveaux de connaissances détaillées sur la prévention du VIH

Les données existantes indiquent une baisse de 7% des connaissances des jeunes sur la prévention du VIH, chez les filles et les garçons entre 2011 et 2014.

Réduire de 75% les grossesses précoces et involontaires chez les jeunes

En 2014, le taux de grossesse des adolescentes était de 12,1%⁸, et 19,6% des jeunes femmes affirmaient avoir subi un avortement spontané ou induit, posant un sérieux risque pour leur santé⁹; parallèlement, les hôpitaux ont rapporté une moyenne de 2 000 cas annuels de complications dues à des avortements risqués. Depuis 2013, l'avortement est décriminalisé, ce qui accorde aux médecins une certaine latitude pour effectuer cette procédure, si nécessaire. Toutefois, la législation actuelle maintient toujours des critères d'éligibilité stricts, ce qui empêche l'avortement par choix personnel pour beaucoup de jeunes femmes.

Éliminer les violences liées au genre

Aucune donnée spécifique sur les violences liées au genre n'est disponible, mais les données probantes de la région de l'AOA ont montré que par rapport aux femmes adultes, les adolescentes et les jeunes femmes (15-24 ans) connaissent l'incidence la plus élevée de violences infligées par un partenaire intime. En outre, aucune loi spécifique n'interdit le viol conjugal.

Éliminer les mariages d'enfants

À Maurice, l'âge minimum du consentement au mariage est fixé à 18 ans, ou 16 ans avec l'accord parental, et ce, pour les filles et les garçons.

Aucune politique ne vise actuellement les grossesses des adolescentes, les élèves enceintes, les VLG et les mariages d'enfants. Les gouvernements successifs ont reconnu que ce domaine nécessite une collaboration intersectorielle plus forte pour garantir que les jeunes – et plus particulièrement les filles et les jeunes femmes – soient soutenus de manière adéquate. Cela dit, Maurice fait partie de traités internationaux clés, notamment la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE).

DÉFIS

- On observe un manque réel de données de recherche et de référence à Maurice pour étayer certains aspects de l'éducation sexuelle ; il faudrait notamment plus de recherches sur l'éducation sexuelle et son impact sur les jeunes scolarisés et non scolarisés.
- Des obstacles notables ont émergé pendant la première année de mise en œuvre, comme des créneaux horaires insuffisants pour terminer l'enseignement de l'ECS et le manque de ressources adaptées au niveau local pour étayer l'enseignement et l'apprentissage du programme en classe.
- On observe d'importantes incohérences dans le niveau des formations des professionnels de la santé – beaucoup vont se former à l'étranger et ont divers niveaux de formation éducation.

Sources

1. Estimations de la Division de la Population des Nations Unies pour 2015.
2. Statistiques de Maurice sous l'égide du ministère des Finances et du développement économique.
3. Comprehensive Sexuality Education in Teacher Training in Eastern and Southern Africa, UNESCO, 2015.
4. Rapport de 2014 sur les statistiques sanitaires, min. de la Santé et des RH.
5. Chercheurs du MIE, 2014-2015.
6. BSS, 2011-2014.
7. ONUSIDA, Rapports d'activité des pays 2015, République de Maurice.
8. Enquête sur la prévalence de la contraception, 2014.
9. Journal officiel de Maurice (2012), proposition d'amendement du code pénal, deuxième révision.
10. Estimations 2016 de l'ONUSIDA.
11. Enquête KABP, 2011.
12. BSS, 2014.

Indicateurs et cibles	Données de référence			Données actuelles		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Cible 4: Consolider les gains récents et durement acquis en matière de baisse de la prévalence du VIH en AOA, et tendre vers l'élimination de toutes les nouvelles infections par le VIH parmi les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans.						
Nouvelles infections par le VIH (chez les 15-24 ans) ¹⁰	29	36	65	28	28	56
% de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, jamais mariés, ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	3.0% ¹¹	N/A	N/A	7.3% ¹²	N/A	N/A
Cible 5: Porter à 95% la proportion d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans possédant un niveau de connaissances détaillées sur la prévention du VIH						
Connaissances des jeunes sur la prévention du VIH (Jeunes décrivant correctement les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du virus) ¹⁰			38.3% ¹¹			31.8% ¹²

MOZAMBIQUE


BACKGROUND

Since affirming the ESA Commitment, the Ministries of Health and Education, together with CSOs and other development partners, have intensified their efforts to reduce new HIV infections and teenage pregnancy among the youth of Mozambique.

Coordination of the ESA Commitment

Mozambique's ESA Commitment activities are coordinated by the Ministry of Education through the Directorate of Nutrition and School Health. Within this Ministry, the National Institute for the Development of Education (responsible for curriculum development), the National Directorate for Teacher Training, and the Directorate for Cross-sectoral Issues (Gender) also take part. Other institutions that are part of this mechanism include the Ministries of Health; Gender, Children and Social Action; and Youth and Sports; as well as various CSOs (AMODEFA, COALIZÃO, and N'weti) and UN agencies.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	25,727,911
Estimated population of young people (10-24) ¹	8,412,901
Number of schools ²	Primary: 12,211 Secondary: 659
Number of in-service teachers ³	Primary: 104,821 Secondary: 19,655
Number of health workers ⁴	2,009

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	No	 Not achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

Prior to the ESA Commitment, life skills had been introduced in the formal education system with a special focus on the primary school level where enrolment levels are high. SRH-related content has been integrated into the subjects of Biology and Portuguese for Grade 8, while content related to HIV, including prevention and stigma and discrimination, has been integrated into the (intra- and extracurricular) Grade 5 syllabus and taught through the subjects of Portuguese, Moral and Civic Education, and Natural Sciences. In addition, 6,456 students have carried out awareness-raising activities aimed at their peers on SRH, HIV and AIDS, and other STIs in the framework of the Geração Biz and Reducing HIV Among Adolescents Programme. Mozambique has also invested in the joint preparation of a methodological manual of CSE for 1st and 2nd cycle primary education teachers. This manual will strengthen the quality and efficacy of the CSE syllabus and ensure it is evidence-based and age- and culturally-appropriate.

a) CSE out of schools

Mozambique has not only developed a costed CSE strategy for out-of-school youth, it also broadcasts radio and TV programmes dealing with SRH and HIV and AIDS topics aimed at youth.

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year. <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	100%	100%	 Achieved
Does this country have a costed CSE strategy for out of school youth?	Yes	Yes	 Achieved

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

All health professional training institutes have a training module on Sexual Reproductive Health of Adolescents and Youth (Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens) and training of trainers is focused on sustainable solutions for the education system in Mozambique. A total of 325 trainers and 811 in-service teachers were trained through various programmes and partnerships, including UNESCO, the Reducing HIV among Adolescents Programme, and the Geração Biz Programme.

No. of teachers trained	Trained 2014			Trained 2015		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
In-service female and male teachers trained (primary) ⁵	14,807	13,648	28,455	14,842	13,683	28,525

TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

Interventions for SRHR are guided by the National HIV and AIDS Strategic Plan IV (2015-2019), which gives priority to vulnerable population groups, among which are adolescents and youth. The Strategic Plan for the Busy Generation (Geração Biz) Programme (2014-2017) is also aimed at strengthening ASRH services through multi-sectoral coordination for better integration of services.

b) Youth-friendly SRH services

The Youth-Friendly Services Package is provided in health units at all health facilities or clinics specifically for adolescents and young people. In addition, programmes such as Geração Biz offer youth-centred services with a multi-sectoral approach. Furthermore, in the last few years there has been an increase in the investment to speed up initiatives that help to prevent early marriages and pregnancies and give young people better access to YFHS in schools, communities, and health centres. According to the annual report for 2015, there are 170 specific YFHS facilities in the country and in that year, approximately 2 million young people were attended to, 490,717 of whom were tested for HIV, of which 18,018 tested positive.

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does this country offer a standard minimum package of youth friendly SRH services?		Yes	 Achieved

2020 TARGETS

Reduce new infections among young people

Mozambique has one of the highest rates of HIV prevalence among youth aged 15-24 years in the region, with 29,418 new infections in 2015 alone. Although there has been a reduction of about 16% in new infections from 2013 to 2015, on the current trajectory this will not be enough to eliminate new HIV infections by 2020⁶.

Reduce early and unintended pregnancy

It is estimated that 25% of adolescents in Mozambique are sexually active by the age of 15, with the median age of first sexual contact 17.1 years for males and 16.1 years for females, and there is a high incidence of teenage pregnancy⁷. Early pregnancies in the country are strongly related to early marriages.

Eliminate GBV

Teenage pregnancies are also related to sexual abuse and violence against adolescent girls and young women: in Mozambique, 36% of girls and women aged 15-49 believe that a husband has the right to beat his wife in specific circumstances⁸. The Ministry of Education and Human Development Gender Strategy 2016-2020, with its respective action plan, is in place to deal with GBV at schools.

Eliminate child marriage

The minimum age of consent to marriage for both males and females in Mozambique is 18 years without parental consent, or 16 when there are circumstances of recognized public and family interest and there is consent of the parents or legal representatives. However, on average, one out of two girls marry before the age of 18, and almost one out of five before the age of 15. Nevertheless, although reliable statistics on the prevalence of early marriages are often not available due to the informal nature of many marriages in the rural areas, the number of early marriages seems to have been decreasing over the last decade. With the help of the National Plan for the Advancement of Women and the National Strategy for Combating Early Marriages (2015), Mozambique has put programmes in place for the prevention and mitigation of early marriages.

Indicateurs	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁹	21,820	13,317	35,140	18,226	11,194	29,418
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁷	45.5%	45.9%				
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁷	25.7%	11.4%				
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁷	30.2%	51.8%				
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁷	37.5%	N/A	N/A		N/A	N/A
Target 8: Eliminate child marriage						
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ¹⁰	14.2%					
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ¹⁰	48.3%	N/A	N/A		N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

- Teacher training and capacity building has been the result of enhanced coordination between the Ministry of Education and UN partners, as well as the focus on sustainable solutions by the Institute for Teacher Training.
- Investing in the collaborative development of a CSE methodological manual for teachers within the first and second cycle of primary school will strengthen the quality and effectiveness of CSE curricula and ensures it is evidence-based, gender-transformative, and age- and culturally-appropriate.

Challenges

- Training of managers of the Education System on School Health, with emphasis on CSE.
- Integration of CSE into all curricula, teaching programmes and school books.
- Strengthening of the Interest Groups (Círculos de Interesse) and Counselling Corners (Cantos de Aconselhamento) in schools as platforms for the extracurricular implementation of CSE activities.
- Online training of trainers of the Institute for Teacher Training and of in-service teachers on the content of CSE.

Sources

1. INE population Projection, 2015.
2. Education Statistics, 2016. Ministry of Education and Human Development.
3. Ministry of Education and Human Development, Planning Document, July 2015. Document number 2.2/RP2015. Stagnation in the pupil-teacher ratio in 1st Cycle Primary Education (EP1).
4. RH MISAU. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
5. School census.
6. UNAIDS HIV 2014 Estimates.
7. IDS/DHS 2011.
8. MICS 2008.
9. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
10. Republic of Mozambique. *National Strategy for the Prevention and Combating of Early Marriage in Mozambique, 2016-2019*, approved at the 42th SOCM on 1 December 2015.


BACKGROUND

Prior to the ESA Commitment, the Ministry of Health and Social Services (MoHSS) and the Ministry of Education, Arts and Culture (MoEAC) collaborated on a number of initiatives related to SRHR of adolescents and young people through school health programmes. The ESA Commitment has been launched in all 14 regions of Namibia, and has proven to be a catalyst in enhancing and intensifying collaboration between the two ministries and other line ministries, as well as CSOs working with young people and other youth-led organizations.

Coordination of the ESA Commitment

The ESA Commitment is coordinated by an existing committee, the National School Health Task Force. The committee is co-chaired by the MoHSS and MoEAC and made up of the Ministries of Sports, Youth and National Services; Gender and Child Welfare; and Agriculture, Water and Forestry; as well as GIZ, CSOs and UN agencies. The committee is guided by clear terms of reference and meets on a monthly basis to provide policy guidance on the implementation of the school health policy and programme and coordinate the implementation of the ESA Commitment. In addition, coordination mechanisms have been established within the 14 regions and are at various levels of functionality.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	2,113,077
Estimated population of young people (10-24) ²	789,583
Number of schools ³	Primary: 1,018 Combined: 498 Secondary: 196
Number of in-service teachers ⁴	24,660
Number of health workers ⁵	9,899

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

CSE in Namibia is integrated into the Life Skills, Biology, and Environmental Studies subjects. Life Skills is compulsory from upper primary to secondary level. In 2012/13, the LSE curriculum was reviewed and sexuality education content strengthened. The monitoring of CSE in schools was also strengthened by integrating HIV and AIDS Indicators into the EMIS, including orientation of EMIS focal persons at regional, circuit and school levels on collecting and reporting of the new Indicators. In addition, the Star For Life NGO conducts a school-based HIV and AIDS prevention programme in selected schools in Khomas and Ohangwena.

b) CSE out of schools

Namibia does not have CSE strategy for out-of-school youth. However, different interventions targeting out-of-school youth are in place, for example, the Sports for Development Galz & Goals Programme. This initiative creates a space for girls to play football while delivering life skills messages, including prevention of HIV and teenage pregnancies. Through this programme, over 3,000 adolescent girls have been reached in the past year, totalling a cumulative number of 15,000 since the inception of the programme.

Indicateur:	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	80% primary 100% secondary	100% primary and secondary	 Achieved
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No	No	 Not achieved

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

A selection of CSE content has been integrated into the Guidance and Counselling module, which is compulsory for all pre-service teachers across the country. Continued efforts to advocate for full integration of CSE at pre-set level will continue in 2016.

For in-service teachers, capacity development interventions have been implemented to strengthen their skills for the delivery of CSE. In 2015, 439 upper primary life skills teachers were trained on the revised LSE curriculum and 120 Life Skills teachers from eight regions completed the online CSE module. Scripted lesson plans have also been piloted to enhance the delivery of CSE. In addition, a training manual on integrated school health, including CSE components, was developed by the school health task force under the leadership of the MoHSS and MoEAC.

b) Training of health workers

Namibia is one of the few countries in the region to have fully integrated youth-friendly SRHR services in the health workers training curriculum. Despite the integrated approach to training health providers, the provision of increased access to YFS remains a challenge. Some health facilities in Namibia do provide YFHS, however, the monitoring system to collect data on the number of young people accessing the services is not yet well developed. Furthermore, low supervisory support on YFHS implementation from sub-region and national levels makes it difficult to offer the necessary quality in a consistent manner.












TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

Namibia has a well-developed policy framework which guides the provision of youth-friendly SRH services, including the National Standards for Adolescence Friendly Health Services 2011, HCT guidelines 2013, National Policy on Reproductive and Child Health 2012, and National Guidelines on Family planning 2011.

b) Youth-friendly SRH services

Namibia implements a coordinated approach between government and NGOs to scale up YFHS, including standardized training in its delivery, which provides comprehensive SRH information and services to young people aged 10-24 through its eight clinics in the country, which have reached 28,037 adolescents and young people since 2014.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce new infections

The number of new HIV infections remains disproportionately high among girls and young women. As part of the collective response to reduce new infections among young people, the MoEAC has piloted school-based HIV testing and counselling in selected schools. This will generate evidence to inform national policy on the best adolescent and youth-friendly HTC approaches to take nationwide. Over 500 adolescents and young people were reached through the initiative, of which 83% were first time testers. The National HTC Strategy, which integrates the WHO Guidance for HIV Testing and Counselling and Care for Adolescents, has since been implemented. The strategy also aims to involve adolescents and young people in developing the training content for care providers.

Increase HIV prevention knowledge levels

While there has been a decrease in the knowledge levels of young people about HIV prevention, ongoing CSE and HIV education programmes for adolescents and young people are being strengthened to ensure knowledge levels are increased.

Reduce early and unintended pregnancy

Teenage pregnancy has increased in recent years and is a major concern, however, there are a number of interventions and strategies in place to address the issue, including the introduction of a policy on prevention and management of learner pregnancy, which allows learners who fall pregnant to continue with their education.

Eliminate GBV

The government has enacted several laws to protect survivors and punish perpetrators of GBV in a bid to reduce the rising number of domestic violence cases in the country. These include, among others, Combating of Rape Act (No. 8 of 2000), Combating of Domestic Violence Act (No. 4 of 2003), and Children Status Act (No. 6 of 2006). In addition, the National Gender policy (2010-2020) and National Plan of Action on GBV (2012-2016) are also in place to guide the GBV response.

Eliminate child marriage

Namibia has a framework in place for addressing child marriage, including the newly enacted Child Care and Protection Act, No. 3 of 2015 which prohibits child marriage in traditional unions and civil marriages. In addition, the Married Persons Equality Act sets a clear minimum age of 16 years and procedures for civil marriages involving children.

Indicators	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁶	1,653	928	2,581	1,678	944	2,622
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁷				68%	82.6%	75.3%
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁷				80%	55%	67.7%
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁸	64.9%	61.9%	63.4%	61.6%	51.1%	56.3%
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁷	15%	N/A	N/A	19%	N/A	N/A
Target 8: Eliminate child marriage						
Does the country have programmes that prevent and mitigate against child marriage?			Yes			Yes
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ⁷	1.6%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ⁷	6.9%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

- The ESA Commitment has strengthened the partnership of key ministries working on issues related to adolescents and young people, as well as the coordination of Commitment-related activities.
- Political commitment is important and plays a key role in the success of any given programme.
- The UN agencies have established a trusted relationship with government counterparts and local CSOs, and are often called upon to provide technical support in the implementation of Commitment-related activities.
- Partnership with key ministries and NGOs creates ownership and buy-in of young people's programmes.

Challenges

- Poor M&E systems to monitor and collect data at all levels of implementation is a challenge.
- Young people who are out of school are difficult to identify and often not motivated to participate in behavioural change programmes. As a result, bringing about sustained behaviour change among this group is a challenge and requires building partnerships with youth networks, health facilities where they access services, and other community-based youth programmes.

Sources


1. Population and Housing Census, 2011.
2. UN population Division Estimates, 2015.
3. Education Management Information System, 2012.
4. Education Management Information System, 2012. Number includes both primary and secondary school teachers.
5. MoHSS Annual report, 2012/13. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
6. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
7. DHS, 2013.
8. DHS, 2006 and 2013.

Although Rwanda was not present when the ESA Commitment was affirmed and endorsed by ministers, the country has benefitted from using the Commitment as a platform for scaling up CSE and SRH services for young people. The Commitment provided an opportunity for the country to reflect on a wide array of policies, strategies, and legal frameworks focusing on the needs and rights of girls, adolescents, and young people. Strengthening the collaboration between the Ministries of Education and Health, together with other relevant ministries, such as Gender and Family Promotion, Youth, and East African Community Affairs has created better coordination and tracking of progress on implementation of CSE and ASRH.

Coordination of the ESA Commitment

The Government of Rwanda Social Cluster brings together these ministries once a month to coordinate partners, provide strategic direction, and monitor progress on set targets including HIV, ASRHR, and gender. CSE activities have been included in costed sector work plans for both the Ministry of Health and Ministry of Education. Allocation of resources is currently in progress. In addition, through the Maternal Child and Community Health Division, the Ministry of Health leads a Technical Working Group on ASRHR, which brings together representatives from government and civil society to share updates, good practices, and emerging issues in the areas of education and adolescent health. From 2015, CSE has been included in the discussions points.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	10,515,973
Estimated population of young people (10-24) ¹	3,406,530
Number of schools ²	Primary: 2,711 Secondary: 1,521
Number of in-service teachers ²	Primary: 41,192 Secondary: 14,477
Number of health workers ³	2,716

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries⁴

a) CSE in schools

CSE has been integrated into the newly revised primary and secondary school curricula and is examinable in two subjects in primary (Elementary Science and Technology and Social Studies) and three in secondary (Biology and Health Sciences, General Studies and Communication Skills, and History and Citizenship) across 30 districts. Extracurricula activities are also used to reinforce CSE in school health clubs.

b) CSE out of schools

While Rwanda does not have a costed CSE strategy for out-of-school youth, the National Adolescent and Sexual Reproductive Health Policy does cover this group. Through a partnership with the Health Development Initiative, 10 schools have been selected to engage communities on CSE and an additional 90 schools with messages on prevention of teenage pregnancies. Local radio programmes have also hosted community dialogues on CSE in collaboration with the Network for Young People Living with HIV (Kigali Hope Association).

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year (Target: 40% schools to be reached by 2015)	0.5% (350 / 65,916)	1.8% (1,185 / 65,916)	 In progress
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No	No	 Not achieved

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

The Ministry of Education has developed a comprehensive Teachers' Training Manual based on the School Health Guide to support the implementation of the new National School Health Programme. Training has commenced for pre-service teachers at primary and basic education levels on how to deliver the information covered in the school health programme in an appropriate manner. At in-service level, almost 3,000 master trainers and 1,327 Deans of Studies from secondary schools across 30 districts have been trained in CSE, with plans underway to extend this training to subject teachers. Primary schools and all subject teachers have yet to be reached.

b) Training of health care professionals

Rwanda does not offer pre-service training for health care providers on YFHS as the concepts of the youth-friendly package have not yet been integrated into the curriculum. However, training is provided to in-service health providers on the Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Policy, and the related strategy and minimum package of services have been disseminated.












TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

In 2011, the Ministry of Health developed the Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Policy (2011-2015), which led to the dissemination of a strategy and minimum package of services for all health service providers. Plans are now underway to review the strategic plan.

b) Youth friendly SRH services

Guided by the minimum package of services, health centres are mandated to establish youth corners for provision of ASRH services. The concept of youth corners has just begun and currently 50% of health centres in Rwanda are providing youth-friendly services⁵. The government has also partnered with CSOs to provide health care and family planning services for adolescents and young people and has also led nationwide awareness raising campaigns that focus on sexual health for young people, which have helped mobilize and involve communities in supporting better access.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce new infections

The country has maintained a national HIV prevalence rate of 3% over the past 10 years and dramatically reduced HIV and AIDS-related mortality due to increased access to HTC and HIV treatment and care. However, a gender analysis of the epidemic (2010 DHS) shows that young women (15-24) are five times more infected than boys of the same age (2.5% and 0.5% respectively). School-based sexuality education coupled with increased access to SRH information and services for adolescents and young people are some of the strategies in place to curb this trend.

Trends on the reduction of risky sexual behaviours among young people, especially the use of condoms and testing for HIV, show Rwanda has made tremendous progress. Nevertheless, it is crucial to revitalize and continue HIV prevention efforts by all partners in the country.

Increase HIV prevention knowledge

The proportion of young people with comprehensive knowledge about HIV prevention increased significantly from 23% in 2000 to 51% in 2009 and 64% in 2014. Factors include ongoing expansion of access to services through youth corners and access to information through education, national campaigns, and so forth.

Reduce unintended pregnancies

The number of adolescents who had begun childbearing by the age of 19 has slightly increased since 2010. However, the strengthening of co-curricular sexuality education activities, increase in the number of youth-friendly centres and health facilities that deliver youth-friendly services, and concerted efforts to engage the community with targeted messages related to teenage pregnancy are positive developments that will help reduce teenage pregnancy.

Eliminate GBV

Several policies are in place to support action against GBV, teenage pregnancies, and child marriages, such as the 2014 School Health Policy, 2012 Legal and Policy Framework for Children's Rights in Rwanda, and 2007 Girls Education Policy. However, it remains challenging to disseminate and operationalize the existing policies and frameworks.

Eliminate child marriage

In Rwanda, currently 1% of girls are married before the age of 15 and 8% before the age of 18. The legal age for marriage is 21 and age of sexual consent is 18. This implies that young people below 18 years old have no legal status to access contraceptives, despite the fact that they may be sexually active.

Indicateurs	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁶	1,357	724	2,081	1,259	647	1,906
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁷	3.8%	11.3%		51%	70%	65.4%
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁸	38.6%	37.7%		60%	49%	
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁷	52.6%	47.4%	51%	64.6%	64.3%	64%
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁷	6.1%	N/A	N/A	7.3%	N/A	N/A
Target 8: Eliminate child marriage						
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ⁷	0.8%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ⁷	8.1%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

The successful implementation of national policies and strategies related to the ESA Commitment calls for significant investments in the education and health sectors. For successful programming, strong partnership and collaboration with the different stakeholders is needed, particularly in building the capacity of the education sector for delivery of CSE, implementing interventions for out-of-school youth, and providing ASRH services by the health sector.

Challenges

There is limited data on adolescents, which makes evidence-based policies and programming challenging in the context of HIV and AIDS and the provision of CSE.

Sources

1. Rwanda 4th Population and Housing Census, 2012. Rwanda Education Statistical Year Book. <http://www.mineduc.gov.rw/resources/statistics/>.
2. Education Statistical Year Book, 2014. <http://www.mineduc.gov.rw/resources/statistics/>.
3. WHO, 2010. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
4. Although Rwanda was not among the 20 countries that affirmed the ESA Commitment, the country has been, and continues to be, a part of the Commitment process and has made several strides in the integration of CSE and scaling-up of SRH services for young people.
5. Mid Term Review of the Health Sector Strategic Plan.
6. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
7. DHS, 2010, 2015.
8. RDHS, 2010.

La sensibilisation à l'engagement de l'AOA ne s'est vraiment répandue qu'en 2015 lorsque les ministères de l'Éducation et de la Santé ont amorcé un processus de coordination. Toutefois, dans un environnement politique de plus en plus favorable, les Seychelles ont élaboré des objectifs politiques visant à généraliser l'ESC et les services de santé adaptés aux jeunes.

Coordination de l'engagement de l'AOA

Lorsque l'engagement ministériel de l'AOA a été déclaré en décembre 2013, les Seychelles ont dû faire face à des problèmes de communication entre les ministères de la Santé et de l'Éducation. La mise en œuvre dans le pays a tout de même connu un élan grandissant au cours du dernier trimestre de 2015 où une équipe multisectorielle a été mise en place, et un plan de travail coordonné est maintenant en cours d'élaboration. La tâche principale de cette équipe est de mettre au point une feuille de route pour la période 2015-2020, spécifiquement axée sur l'engagement de l'AOA.

Données démographiques	Chiffres
Estimation de la population totale (tous âges) ¹	93,419
Estimation de la population jeune (10 à 24 ans) ¹	11,596
Nombre d'écoles ²	Primaire: 8,659 Secondary: 7,109
Nombre d'enseignants en cours d'emploi ²	Primaire: 656 Secondary: 603
Nombre de professionnels de la santé	1,551

Indicateurs et cibles	Données de référence 2013	Données actuelles 2015	Progrès
Le pays met-il en œuvre une stratégie ou un cadre multisectoriel afin de concrétiser l'engagement ministériel de l'AOA?	Non	Non	Non atteinte

CIBLES 2015

CIBLE 1: Un cadre de programmes scolaires pour une éducation sexuelle complète (ESC) de bonne qualité est mis en place et appliqué dans chacun des 20 pays

a) ESC dans les écoles

L'enseignement de l'éducation sexuelle aux Seychelles se fait principalement par le biais du programme d'éducation personnelle et sociale, introduit dans toutes les écoles publiques depuis 2001. Il se compose de quatre volets: compréhension nationale et internationale, conseils d'orientation, éducation à la santé et éducation civique. Ces volets ont intégré certaines composantes de l'ESC, surtout celui de l'éducation à la santé qui est enseigné à la fois dans les écoles du primaire et du secondaire. Le contenu de l'éducation à la santé est en cours de révision, ce qui représente une bonne opportunité de réviser le contenu de l'ESC. Outre l'ESC dispensée dans le primaire et le secondaire, un module de 30 heures est offert dans l'enseignement postsecondaire et les centres de formation professionnelle, et il est institutionnalisé au sein du programme scolaire depuis 2006. Cela signifie qu'au cours de l'année scolaire précédente, dans toutes les écoles du primaire et du secondaire, l'ESC figurait à l'emploi du temps et était enseignée par des enseignants spécialisés et formés à l'éducation sexuelle et sur le VIH axée sur les compétences pour la vie courante.

b) ESC pour les jeunes non scolarisés

Les Seychelles n'ont pas de stratégie d'ESC budgétisée pour les services de santé des jeunes non scolarisés.

Indicateurs et cibles	Données de référence 2013	Données actuelles 2015	Progrès
% d'écoles ayant dispensé une éducation sexuelle et sur le VIH axée sur les compétences pour la vie courante au cours de la dernière année scolaire	100% des écoles primaires	100% des écoles primaires	Atteinte
(Atteindre 40% des écoles d'ici à 2015)	100% des écoles secondaires	100% des écoles secondaires	
Le pays met-il en œuvre une stratégie ou un cadre multisectoriel afin de concrétiser l'engagement ministériel de l'AOA ?	Non	Non	Non atteinte

CIBLE 2: Une formation à la SSR et à l'ESC est mise en place et appliquée 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

a) Formation des enseignants

Aucun enseignant n'a été formé à l'ESC avant l'emploi pendant la période à l'étude, mais jusqu'en 2010, la formation des enseignants avant l'emploi était assurée chaque année par l'Institut national de l'Éducation. En 2010, cette institution a traversé des réformes structurelles qui ont donc empêché la formation des enseignants avant l'emploi entre 2013 et 2015. Depuis, l'Institut de formation des enseignants des Seychelles a été rétabli avec un programme pour les enseignants de niveau diplôme qui reprendra en 2016. La formation en cours d'emploi a quant à elle été assurée par le Centre chargé du programme scolaire, de l'évaluation et du soutien pédagogique, en collaboration avec des experts du ministère de la Santé.

b) Formation des professionnels de la santé

L'Institut national de formation sanitaire n'offre pas de formation avant l'emploi et les cours de santé pour les infirmières et les sages-femmes sont très génériques. Le pays fait face à une pénurie de main d'œuvre pour prendre en charge l'élaboration de matériel didactique et de méthodes d'enseignement, notamment au sujet de la prestation des services de santé adaptés aux jeunes. Aussi, la formation en cours d'emploi des infirmières et des sages-femmes sur la prestation des services de santé adaptés aux jeunes est assurée par l'intermédiaire des partenaires du développement.

CIBLE 3: Diminuer de 50% le nombre d'adolescents et de jeunes n'ayant pas accès à des services de SSR, y compris relatifs aux VIH

a) Politiques et stratégies nationales de SSR des adolescents

L'engagement de l'AOA agit comme une plateforme reliant trois plans nationaux clés: le plan stratégique 2012-2016 de lutte contre le VIH/sida, la feuille de route 2012-2016 de la campagne de l'Union africaine pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique, et le plan de travail 2012-2016 sur les VLG.

b) Services de SSR adaptés aux jeunes

Les données enregistrées indiquent que les jeunes font peu usage des centres de santé des districts, malgré la disponibilité des services dans toutes les structures de santé privées ou publiques. Ce phénomène pourrait être attribué au problème de la confidentialité. La formation des professionnels de la santé sur la gestion de ces questions de confidentialité de manière adaptée aux jeunes pourrait ainsi permettre l'utilisation des services.

Services de base de SSR des adolescents, UNPFA 2015	Services fournis
Examens de santé généraux, notamment des contrôles du développement physique, de la vue, de l'ouïe, etc.	✓
Conseils sur les questions de puberté et aide relative à l'hygiène et aux problèmes menstruels	✓
Éducation et conseils sur la santé sexuelle et reproductive et sur la sexualité	✓
Éducation en matière de contraception et de méthodes contraceptives, y compris les préservatifs et la contraception d'urgence	✓
Tests de grossesse, soin prénatal, accouchement (soins obstétricaux) et soins post-nataux	✓
Conseils sur les options de grossesse et, lorsqu'il est légal, sur l'avortement dans des conditions sûres, et soins post-avortement	✓
Éducation sur les IST, diagnostic et traitement, notamment la notification au partenaire	✓
Éducation sur le VIH, conseils, dépistage et orientation en matière de traitement, de soins et de services de soutien, prophylaxie avant et après exposition	✓
Circoncision médicale	✓
Dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis vaginal)	✓
Immunsation, notamment contre le papillomavirus humain (verruves génitales) et l'hépatite B	✓

CIBLES 2020

Réduire les grossesses précoces et involontaires

La politique de 2005 des Seychelles sur les grossesses des adolescentes permet aux jeunes élèves enceintes de poursuivre leur scolarisation jusqu'à un certain point de leur grossesse, puis de retourner à l'école après la naissance. Les politiques de réadmission comme celle-ci montrent le bon exemple à la région et garantissent que les filles aient de nombreuses possibilités d'accéder à l'éducation, peu importe les circonstances.

Éliminer les violences liées au genre

Le manuel « Working Together » (Travailler ensemble) couvre les procédures utiles à toutes les parties prenantes au sujet de la maltraitance des enfants. Même si elles sont anciennes, les données probantes indiquent qu'une femme sur quatre subit une certaine forme de violence physique modérée infligée par leur partenaire intime à un moment de leur vie.

Éliminer les mariages d'enfants

L'âge légal du consentement au mariage et au sexe est fixé à 18 ans, ce qui implique que les jeunes mineurs n'ont pas de statut légal pour accéder à la contraception, même s'ils sont actifs sexuellement.

Indicateurs et cibles	Données de référence			Données actuelles		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Cible 4: Consolider les gains récents et durablement acquis en matière de baisse de la prévalence du VIH en AOA, et tendre vers l'élimination de toutes les nouvelles infections par le VIH parmi les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans						
Nouvelles infections par le VIH (chez les 15-24 ans) ⁴				7	12	19
% de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, jamais mariés, ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel ⁴						4.6%
% de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans, sexuellement actifs, qui ont subi un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats ⁵						72.3%
Cible 5: Porter à 95% la proportion d'adolescents et de jeunes âgés de 10 à 24 ans possédant un niveau de connaissances détaillées sur la prévention du VIH.						
Connaissances des jeunes sur la prévention du VIH (Jeunes décrivant correctement les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du virus) ⁴						88%
Cible 6: Réduire de 75% les grossesses précoces et involontaires chez les jeunes						
% d'adolescentes déjà mères (15-19 ans) (ayant des enfants ou actuellement enceintes) ⁴		N/A	N/A	6.9%	N/A	N/A

ENSEIGNEMENTS RETENUS ET DÉFIS

Enseignements retenus

- Pour que la mise en œuvre réussisse, il est primordial d'allouer aux initiatives liées à l'engagement de l'AOA des ressources financières et humaines adéquates. Les formations de perfectionnement des professionnels de la santé aideront à surmonter les problèmes de confidentialité de manière adaptée aux jeunes.
- Les données sur les VLG, les mariages d'enfants et les grossesses des adolescentes sont souvent indisponibles ou peu fiables aux Seychelles. Plus de données probantes sont nécessaires pour permettre d'apporter des orientations politiques, mettre au point la programmation et concevoir des activités qui répondent à ces problèmes.

Défis

- Associée au lancement retardé de l'engagement de l'AOA, la mauvaise communication entre les ministères de l'Éducation et de la Santé a entraîné un retard de presque deux ans. Le pays doit maintenant accélérer les mesures pour atteindre les cibles à court terme de l'engagement de l'AOA.
- Du fait des réformes structurelles de l'Institut national de l'Éducation, la formation des enseignants avant l'emploi s'est trouvée au point mort, ce qui a ralenti la dispensation de l'ESC en classe.

Sources

1. Bureau national des statistiques, Seychelles.
2. UNESCO. 2015. Comprehensive Sexuality Education in Teacher Training in Eastern and Southern Africa.
3. Bureau national des statistiques, Seychelles.
4. Enquêtes intégrées biocomportementales (IBBS), 2015.
5. CSW, 2006. Déclaration de S.E. Mme Marie-Louise Potter au siège de l'ONU.

SOUTH AFRICA


BACKGROUND

Prior to the ESA Commitment, the Departments of Basic Education, Health, and Social Development had been collaborating through the Integrated School Health Programme (ISHP) to provide access to a package of health services in schools, including SRH services for older adolescent learners. The ESA Commitment has acted as a platform for stronger collaboration across sectors in South Africa as efforts intensify not only in the HIV response, but also in combating teenage pregnancies and more broadly in championing SRHR of every young person.

Coordination of the ESA Commitment

Although the country has yet to formalize an ESA Commitment coordination mechanism, there are several existing structures to coordinate the implementation of CSE and SRH services, such as the ISHP Task Team, South African National AIDS Council (SANAC), and Inter-Ministerial Committee and Technical Task Teams led by the National Development Unit of the Department of Social Development (DSD), which is responsible for the National Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Framework Strategy. These structures are duplicated at provincial and district level and drive coordination between the Departments of Health, Education, and Social Department, as well as with Civil Society.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	54,960,000
Estimated population of young people (10-24) ¹	15,565,087
Number of schools ²	23,905 ³
Number of in-service teachers ²	Primary: 197,258 Secondary: 143,862 ⁴
Number of health workers ⁵	198,549 ⁶

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Partial	 Partially Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

CSE is delivered through the Life Orientation subject in the school curriculum for both primary and secondary schools. A draft Department of Basic Education (DBE) National Policy on HIV, STIs and TB has been developed aimed at enabling access to HIV prevention and SRH services in schools, including the provision of condoms and contraception. With partnerships such as loveLife, peer education programmes have served as another mode to deliver CSE, leading to more than 16,500 schools being reached across the country. Between 2014 and 2015, a total of 460,585 learners and educators and 488,399 school community members, including parents and other key stakeholders, were reached with CSE.

b) CSE out of schools

The National ASRHR Framework Strategy was approved by Cabinet in February 2015 and commits to developing innovative approaches for delivering SRH education and services to adolescents and young people, including those out of school.

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	100%	100%	 Achieved
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No	No	 Not achieved

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

There is currently no pre-service teacher training on CSE. However, over the past two years, there has been a major focus on capacity development for in-service teachers, with approximately 54,730 teachers trained on the delivery of life skills. In total, nearly two million sets of learning and teaching support material were distributed to 23,129 in the 2013-2014 school year and 16,905 in the 2014-2015 school year. In addition, the DBE recently piloted a teacher training programme on newly developed CSE scripted lesson plans. UNFPA and UNESCO are working together with the DBE to formally introduce online CSE training, with 53 Life Skills Coordinators trained in the Eastern Cape in 2015.

b) Training of health workers

The Departments of Health and Higher Education together with the South African Nursing Council (SANC) are in discussions to mainstream pre-service training in AYFS for health care workers. A total of 6,371 primary health care nurses were trained in subdermal implant insertion and in 2014, 206 school health nurses were trained to keep up to date with new developments in SRH services. In 2015, in-service training on AYFS was provided by loveLife for 461 health professionals, 31 assessors, and 48 master trainers.












TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

A number of national policies and strategies guide the provision of ASRH services, including the National Strategic Plan on HIV, STIs and TB (2012-2016) and the National ASRHR Framework Strategy 2014-2019, among others. These policies and frameworks are aligned to the National Development Plan, the overarching country strategy.

b) Youth-friendly SRH services

Under the Children's Act (2008), children can access contraceptives, other than condoms, independently from the age of 12 and youth-friendly SRH services are provided as part of the primary health care system. In addition, a national HCT campaign is in place to encourage early access to treatment, care and support services for adolescents who test HIV-positive, as well as providing prevention information and services.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce early and unintended pregnancy

Teenage pregnancy is a significant challenge in South Africa, with an estimated 99,000 pregnant teenagers reported in 2013⁷, including a notable percentage of primary school learners. The high number of terminations of pregnancies performed per annum (89,126) suggests the need to accelerate access to contraceptives for women⁸. South Africa is currently developing policies on the prevention of teenage pregnancy and the management of pregnant learners in school. Efforts have been made to halve the number of teenage pregnancies through the Young Women and Girls Campaign, led by the Presidency.

Eliminate GBV

According to the Centre for Justice's Crime Prevention Study (2012), a total of 22.2% of high school learners had either been threatened with or were a victim of an assault, robbery and/or sexual assault at school. To ensure safety in schools and address issues of GBV, the DBE is guided by the South African Schools Act of 1996 as well as the Regulation for Safety Measures in Public Schools. Furthermore, the DBE has developed a number of advocacy materials that addresses violence in schools.

A number of initiatives, policies, and legal frameworks also exist that are aimed at eliminating GBV, including the Domestic Violence Act (Act 116 of 1998), 16 Days of Activism for No Violence against Women and Children, and the Population Policy for South Africa (April 1998), among others.

Eliminate child marriage

Children in South Africa are protected against child marriages under the Children's Act, Marriage Amendment Act, and Bill of Rights. The incidence of child marriage in South Africa is low compared to other countries in the region, however, an estimated 1% of children are still married by the age of 15, and 6% by the age of 18.

Indicators	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁹	10,2786	42,207	144,994	102,699	41,553	144,253
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁸	49.8%	67.5%	58.4%			
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁸	29.0%	28.2%	28.6%			
Target 8: Eliminate child marriage						
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ⁹	1.1%	N/A	N/A		N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ⁹	7.9%	N/A	N/A		N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

- Since 2009, the South African government has made significant strides in scaling up the HIV response. Data has shown that these efforts have made an impact on young people aged 15-24, halving the number of AIDs-related deaths (from 26,508 in 2000 to 11,629 in 2014), and significantly reducing the number of new HIV infections, with 98,000 fewer infections in 2013 than in 2010 (UNAIDS Gap Report, 2014).
- The Integrated School Health Programme is a best practice model for the region. It showcases how strong multi-sectoral collaboration can achieve provision of essential health services to learners in school.
- Through the Department of Health, South Africa has developed a mobi site which uses information communication technology (ICT) to engage and educate young people about SRHR and how to better access services. The average weekly registration on the mobi site in 2015 was 2,238, and the numbers are gradually increasing.
- Member states must be allowed to customize the ESA Commitment to local context to promote ownership, participation and reporting.

Challenges

- Despite the decline of HIV infections, South Africa still has the highest new HIV infection rates by far in the ESA region, with 97,408 new infections among 10-24-year-olds in 2014 alone (HSRC 2012). Women are especially vulnerable to HIV, with twice as many living with HIV compared to their male counterparts (8.1% and 4% respectively). This is combined with the high rates of unintended teenage pregnancies among school going teenagers. Both trends underpin the relevance of the ESA Commitment and the need for CSE and access to SRH services. Though multi-sectoral structures exist, coordination between government departments and civil society still needs to be strengthened.
- Adolescent and youth health data needs to be disaggregated and aligned to the ESA Commitment targets to improve reporting, although the DHIS is now incorporating age-disaggregation in the National Indicator Data Set. There is also a need to improve data disaggregation and standardization across the departments and all sectors according to age and gender.
- There is still a major HIV transmission knowledge gap between teachers and learners as noted in the latest SACMEQ Study (2014), where knowledge among grade 6 learners was less favourable when compared to the teacher knowledge.

Sources

1. Statistics South Africa, mid-year populations estimates 2015.
2. Education Statistics, 2015.
3. Total number of public schools (School Realities 2015).
4. Total educators in public schools: 379,613 (School Realities 2015).
5. Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.
6. SANC and HPCSA (By 31 Dec 2015: Professional nurses: 136 854; Enrolled nurses: (EN): 70 300; Enrolled nursing assistants: (ENA): 71 462; Doctors and Psychologists: 61,695).
7. Statistics South Africa, 2013.
8. DHIS, 2015.
9. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
10. HSRC, 2012.
11. DHS, 2008.

SOUTH SUDAN


BACKGROUND

South Sudan has faced decades of conflict, which has been severely detrimental to every facet of the lives of millions of young people in the country. With limited capacity in both education and health provision, and as many as 59% of primary school age children out of school, the country has had to develop unique and innovative interventions that ensure young people, both in and out of school, are being reached with CSE and are linked to appropriate services.

Coordination of the ESA Commitment

South Sudan has recently approved the formation of an ESA Commitment committee, bringing the Ministries of Health and Education together to develop a road map to implement Commitment-related activities. Meeting on an ad hoc basis, the committee will be chaired by the Deputy Minister of Education with assistance by the two undersecretaries from the Ministries of Education and Health. A technical team, comprising of focal persons from the two ministries, UNESCO, and other partners, including young people organizations (YPOs), is expected to provide regular updates on progress. In addition, the team will develop a position paper on the Commitment that is intended to engage and guide education stakeholders and the general public on issues concerning sexuality education and SRH services for adolescents and young people in South Sudan.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	12,339,812
Estimated population of young people (10-24) ¹	4,032,178
Number of schools ²	Primary: 3,351 Secondary: 272
Number of teachers ³	Primary: 29,089 Secondary: 3,630
Number of health workers ⁴	2,025

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS

TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

Following the endorsement of the ESA Commitment, the Life Skills curriculum was revised to reflect quality CSE. The curriculum was approved in 2015 and will be implemented in 2016. The 2016 national census report is expected to reflect the extent to which life skills-based sexuality education is being rolled out in education institutions. Furthermore, CSE has been integrated into the EMIS tools, Life Skills curriculum guidelines, and the development of teaching and learning materials for in- and out-of-school youth.

b) CSE out of schools

A Life Skills curriculum has been developed for out-of-school youth and development of teaching and learning materials is ongoing. An Adolescent SRH Strategy, currently being drafted, places emphasis on providing CSE to out-of-school youth, and training and sensitizing journalists and other members of the media on CSE has had a huge impact on garnering stronger community and government support for CSE as well. With the vast majority of the population relying on the media for information – especially radio (75%) – it has become a crucial intervention in educating parents, teachers, health workers, young people, and the broader public on topics related to CSE.

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year	No	To be collected in 2016	N/A
<i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>			

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

The current pre-service teacher training curriculum has some components of sexuality education and life skills, but South Sudan needs to embark on a process that includes the topics with the revised Life Skills curriculum. That being said, 13 Technical Vocational Education Training Centres have already provided Life Skills training for teachers, and teaching and learning materials, which were developed in 2015, will be piloted in 2016. In late 2015, 26 in-service teachers participated in online training, however, the planned targets for teacher training proved to be unattainable as many teachers do not have the required computer skills to complete the online training. Security concerns and weak internet infrastructure across the country further hampered progress.

b) Training of health workers

South Sudan does not provide training on YFHS to pre-service health providers, but training of in-service health providers has started on a small scale, with a total of 41 health workers trained over a two-year period. In 2015, the Ministry of Health, with the support of partners, reviewed the nursing and midwifery curriculum to integrate the provision of ASRH services.

TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

The groundwork has been completed in South Sudan for creating a supportive policy environment to accelerate efforts to provide SRH services and CSE for young people through the newly developed National Sexual Reproductive Health Policy and Adolescent Sexual Reproductive Health strategy. The current provision of youth-friendly services is limited and data on availability, access, referral, and coverage is not reliable.

b) Youth-friendly SRH services

UNFPA is supporting two youth-friendly centres, as well as assisting the Ministry of Health to integrate YFHS in six health facilities. In 2015, 3,179 adolescents and young people accessed services, 282 young people were trained as peer educators in two humanitarian settings, and 63 health workers were trained on provision of youth-friendly SRH and HIV and AIDS services⁵.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	✓
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	✓
Education and counselling on SRH and sexuality	✓
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	✓
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	✓
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	✗
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	✓
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	✓
Medical male circumcision	✓
Screening for cervical cancer (Pap smear)	✗
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	✓

2020 TARGETS

Reduce new infections among young people

In collaboration with partners, the Ministries of Health and Education developed strategies and policies to increase access to SRH, including HIV, services which contribute to the realization of the ESA Commitment 2020 targets. Nevertheless, their operationalization continues to be a challenge due to insecurity and inadequate social and physical infrastructure.

HIV education was delivered to 45,940 young people in humanitarian and non-humanitarian settings across the country. Through youth peer educators, 499,548 male condoms were distributed to young people in HIV education outreach activities in the largest camps for internally displaced people in Juba and Bentiu, as well as to the general population in Juba and Terekeka.

Increase HIV prevention knowledge levels

While current data was not available for this target, in 2012, just 11% of young people demonstrated knowledge about HIV prevention. A KAP survey was conducted in Greater Bahr El Ghazal in 2015 to measure young people's knowledge about HIV prevention at present, however the results of this survey are not available as yet.

Reduce early and unintended pregnancy

The 2008 Child Act explicitly states that no girl can be expelled from school due to pregnancy, and that the young mother must be allowed to continue her education. Nevertheless, the 2015 EMIS statistical report shows that approximately 5.5% of school dropouts were attributed to pregnancy. Several outreach and extracurricular activities are being carried out by school management committees, partners, and youth organizations to sensitize and educate young people in and out of school on preventing early and unintended pregnancies, such as the Teen Voice quarterly newsletter.




Eliminate GBV

GBV involving armed personnel and civilians continues to rise across the country, while civil unrest has contributed to increased risk behaviours among young people, sexual and gender-based violence, and child marriage. The situation is exacerbated in a country where gender imbalances are pervasive and reinforced by culture norms. In 2009, a study by UNIFEM (now UN Women) revealed that 70% of respondents reported to have known someone who experienced GBV, and 49% of these experienced one form of GBV in the previous year. The South Sudan Health Survey (2010) also estimates that one in every five women has experienced GBV. A number of policies and strategies have been developed to address GBV but the response capacity is inadequate for addressing its high prevalence, especially in terms of the provision of services in emergencies, although more emphasis is placed on prevention.

Eliminate child marriage

Evidence shows that close to half of all South Sudanese girls aged 15-19 are married, with some marrying as young as 12 years old. Girls are especially vulnerable in South Sudan, where the majority do not complete their education after getting married, or attend school at all.

Indicateurs	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24)*	2,828	1,571	4,399	2,888	1,606	4,494

Indicateurs	Baseline	Available data	Progress
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%			
Does the country have a national policy/strategy on pregnant learners?	No	No	 In progress
Target 7: Eliminate gender-based violence			
Does the country have policies that address school-related gender based violence?	No	No	 In progress
Target 8: Eliminate child marriage			
Does the country have programmes that prevent and mitigate against child marriage?	No	No	 In progress

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

Identification of strategic partners and networking are crucial in providing opportunities to harness resources and technical expertise. South Sudan experienced the benefits of joint work when government officials, NGOs, and UN agencies collaborated in developing guidelines, training journalists, and developing life skills materials for schools.

Challenges

The pace of implementing the ESA Commitment in South Sudan has been slow and challenging, requiring tenacity and diplomacy to secure government buy-in. Following the approval by the ministers to implement the ESA Commitment, participation within the ministries has been guaranteed after aligning policies, strategies, and programmes. This has also led to improved collaboration between the Ministries of Health and Education, as well as other ministries such as Youth and Gender. Policies provide an opportunity to solicit increased funding and improved implementation from partners and donors.

Sources

1. UN population Division Estimates, 2015.
2. South Sudan EMIS Statistical Reports, 2015.
3. MOH, 2012 (Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff).
4. BBC Media Action. 2012. *Country Case Study: South Sudan. Support to media where media freedoms and rights are constrained.*
5. UNFPA Reports 2014-2015.
6. UNAIDS HIV 2016 Estimates.


BACKGROUND

The ESA Commitment in Swaziland is benefiting from significant political support and strong collaboration across the Ministries of Education, Health, and Youth. As a result, CSE and SRH activities are well planned for and implemented, and achieving positive results for young people in and out of school.

Coordination of the ESA Commitment

Swaziland has a multi-sectoral working group to implement the ESA Commitment. The group is comprised of government ministries, the UN, and civil society, and is convened by the Ministries of Education, Health, and Youth on a rotational basis. The core team meets quarterly and has a clear terms of reference that help in the coordination and implementation of the Commitment; provision of technical guidance and evidence on CSE and SRH; and monitoring and evaluation. The Commitment implementation plan is directly derived from the Commitment targets and aligns with Swaziland's multi-sectoral development frameworks. All activities have been costed, included in sector work plans, and allocated financial resources. Implementation of the Commitment is coordinated by the Adolescent Sexual Reproductive Health Technical Working Team and is guided by the group's joint work plans and reporting mechanisms.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	1,132,657
Estimated population of young people (10-24) ¹	377,461
Number of schools ²	Primary: 620 Secondary: 276 Tertiary: 11
Number of in-service teachers ²	Primary: 8 601 Secondary: 6 097
Number of health workers ³	1,118

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

The ESA Commitment has resulted in the recent development of the new secondary school LSE-based CSE curriculum, launched in 2015, which ensures CSE is taught to learners aged 13-24 in a dedicated period during school. Currently, 10% of secondary schools have adopted the new mode of delivery, and the remaining 90% will implement it in 2016. CSE is also delivered through extracurricular activities in secondary school. Children of primary school age are covered under the Education Sector Policy, developed in 2011, with all 620 primary schools in Swaziland delivering integrated HIV content in all school subjects.

a) CSE out of schools

Currently, Swaziland is only implementing ASRH activities for out-of-school youth using the national ASRH policy and strategy. However, the country has developed a draft CSE framework which awaits approval of the Cabinet Paper on CSE.

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year. <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	100% primary 10% secondary	100% primary 10% secondary	 In progress
Does this country have a costed CSE strategy for out of school youth?	No	No	 In progress

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

Currently, training on CSE delivery is only being conducted at in-service teacher level, however, dialogue has commenced to introduce it at pre-service level. The Ministry of Education and partners have identified and implemented e-learning as the most relevant mode of effective capacity-building of teachers in preparation for the roll-out of the curriculum in 2016 and has, thus far, trained 70 teachers and 19 master trainers through this facility⁴.

b) Training of health workers

As with teacher training, there is no structured training on delivering youth-friendly services for pre-service health care providers in the country, however, there are 227 health facilities (SAM 2013) that provide continued family health services support and training for in-service health care providers.











TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

Provision of YFHS is guided by the Adolescent Sexual Reproductive Health Policy (2013-2018), which is tied to the strategy, plan and guidelines covering young people aged 10-24.

b) Youth-friendly SRH services

Between 2013 and 2015, 245 nurses across all health facilities were trained in the provision of YFHS delivery. However, it remains challenging to monitor the level of youth-friendliness of the health facilities due to lack of standards and a minimum package for YFHS delivery.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce new infections among young people

The number of new infections in Swaziland is disproportionately higher among girls and young women. A multi-sectoral response to address this group's vulnerabilities is therefore being implemented through frameworks such as the Extended National Strategic Framework. While HTC is available, services like these need to be promoted more to young people, as well communicating risk reduction behaviours for HIV prevention.

Increase HIV prevention knowledge

The existing data indicates that more needs to be done to increase young people's HIV prevention knowledge. The scaling-up of the new LSE-based CSE curriculum for secondary schools will hopefully go a long way towards meeting this need.

Reduce early and unintended pregnancy

Swaziland's ASRH strategy and LSE-based CSE curriculum is in place to support the reduction of teenage pregnancy, which currently stands at 16.7%.

Eliminate GBV

A recent study on the prevalence of violence in schools in Swaziland revealed that 86.5% of learners experienced verbal violence, 74.6% physical violence, and 22.1% sexual violence in school settings⁵. Furthermore, evidence outside the formal school setting indicated that 33.2% of girls experienced sexual violence before they reached the age of 18, with the most common perpetrators being men and boys from their neighbourhood, and the first incident most often taking place in the victim's home⁶.

Eliminate child marriage

Swaziland has developed policies and strategies towards the elimination of GBV, teenage pregnancy, and child marriages. According to the Children's Protection and Welfare Act of 2012, any person under the age of 18 has the right to refuse any practice which is likely to negatively affect them.

Indicators	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁷	4,228	2,103	6,331	3,661	1,778	5,438
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁸				7.8%	22.1%	12.2%
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁹				58.0%	36.4%	51.8%
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁹	28.7%	38.6%		37.6%	30.9%	35.5%
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁹	19.8%	N/A	N/A	19%	N/A	N/A
Target 7: Eliminate gender-based violence						
Prevalence of gender-based violence among 15-24-year-olds ⁹	28.8%	51.9%				
Target 8: Eliminate child marriage						
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ¹⁰		N/A	N/A	2%	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ¹⁰		N/A	N/A	19%	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

- Swaziland has one of the strongest CSE curricula in the region with an impressive added feature of linking the curriculum to a detailed set of broader social and legal changes required to reach the same aims.
- The importance of linking CSE to SRH services for adolescents and young people has been well conceptualized, prioritized, and institutionalized under the ESA Commitment in Swaziland. The progress made between 2013 and 2015 highlights that both areas are mutually dependent on each other. Positive results can be attributed to the sustained efforts of the Health, Education and Youth sectors.

Challenges

- Despite the curriculum being strong, there are gaps. For example, while topics like gender and human rights are part of the syllabus, they are only addressed in a cross-cutting manner in the teachers' handbook. In order for CSE to be more effective, it needs to be firmly linked to these topics.
- The ESA Commitment demands strong linkages between schools, local clinics, and communities in Swaziland. Teacher classroom support is key to this, including provision of tools such as reference materials, learner books, and ongoing mentoring.
- Continuous training of health care workers on YFHS delivery promotes uptake of services by young people. In addition, the exposure of adolescent girls to CSE helps to empower them to delay sexual debut and negotiate safer sex.

Sources

- Swaziland Population Projections 2007 to 2030.
- Annual Education Census 2014.
- Service Availability Mapping 2013. Health workers include 215 physicians, 215 nurses and 903 midwifery staff.
- The total number of teachers trained refers to training following a structured curriculum that supports teachers to deliver CSE in classroom settings. It does not consider CSE training as an information package only.
- UNESCO, 2015. *Regional Study on Addressing Gender, Diversity and Violence in Schools in Southern Africa*.
- Reza A et al. 2009. *Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study*.
- UNAIDS HIV 2016 Estimates.
- SDHS, 2006-07.
- MICS, 2014.
- UNICEF, 2015.


BACKGROUND

Tanzania has one of the youngest populations in the world, with 45% under the age of 15¹. Prior to the ESA Commitment, the country already had several initiatives relating to CSE, YFHS, GBV, teenage pregnancy, and child marriage in place, however, the Commitment has acted as a platform to increase government ownership and buy-in, strengthen collaboration across sectors, build on quality education and health service provision, and propel sustainable interventions for young people forward.

Coordination of the ESA Commitment

The ESA Commitment is coordinated by the Adolescent and Young Adult Stakeholder Group under TACAIDS. The working group, which meets quarterly, comprises of 31 institutionally appointed members, including representatives from government, development partners, and civil society. The group is guided by clear terms of reference and is co-chaired by the Director of Higher Education and the Assistant Director of Reproductive and Child Health Services, with a funded work plan for 2014/2015. There is no costed plan for 2015/2016, however, partners have managed to raise funds to support activities related to ESA Commitment interventions.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ²	46,510,631
Estimated population of young people (10-24) ²	14,851,602
Number of schools ³	Primary: 16,343 Secondary: 4,451
Number of in-service teachers ⁴	Primary: 189,487 Secondary: 73,407
Number of health workers	Data not aggregated

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

Sexuality education, with the exception of sexual diversity, is provided in schools to learners across the school cycle and is integrated into identified core-carrier subjects. With support from partners, the Ministry of Education and Vocational Training (MOEVT), through the Tanzania Institute of Education (TIE), has adopted life skills-based SRH and HIV education into the new primary school curriculum, and is in the process of reviewing the secondary school curriculum. TIE has also developed guidelines for the teaching of sexuality education within the primary education curriculum, including course content and teaching time.

b) CSE out of schools

Implementation of CSE in and out of schools is limited. Challenges include a lack of resources, limited teacher and peer educator training, and very little awareness at the school and community level about the importance of CSE for youth. Local government authorities and schools themselves are often not familiar with the strong national policies, guidelines, and syllabi supporting CSE, and controversy about the sensitive issue of discussing sexuality with adolescents remains high both in the education sector and in broader communities.

Indicateur:	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year	4.1% ⁵	78% ⁵	 Partially Achieved ⁶
<i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>			
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No	Yes	 Achieved

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

Between 2014 and 2015, 14,560 pre-service teachers were trained through the Teacher Educator Programme (TEP), which is a professional course for tutors and pre-services teachers offered in collaboration with the Ministry of Education and the Open University of Tanzania. Despite being rolled out to all government teacher training colleges, implementation of the programme faces challenges.

According to the 2013-2014 TACAIDS National HIV and AIDS Response Report, 13,183 in-service teachers were trained in Life Skills Education for HIV and AIDS. Additionally, the TIE and UNESCO trained 1,300 primary and secondary school teachers from eight districts on practical skills and effective models to provide reviewed components of CSE to learners.

b) Training of health workers

Under the ESA Commitment, efforts have been consolidated to strengthen pre- and in-service training of health care professionals, including the adaptation of global check lists for national and regional health workers. Additionally, the Ministry of Health has worked with several partners that support relatively small geographic areas, and specific types of youth-friendly service interventions. The ESA Commitment process has made it clear that there is a need for more systematic, large-scale and long-term funding and training for this to have a meaningful impact. Between 2014 and 2015, a total of 155 in-service health professionals received training, including medical doctors, midwives, and nurses, on CSE delivery.












TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

Tanzania has a national strategy on youth-friendly SRH services, however it is currently not costed. The present ASRH guidelines specify that adolescents should have access to the same SRH services in an integrated manner as adults. The services should be delivered at the same delivery point to allow for ease of access for adolescents and youth.

b) Youth-friendly SRH services

Many challenges remain in the quality and coverage of training and implementation of YFHS. Only 30% of private and public health facilities are currently providing adequate YFHS, highlighting critical areas where greater investment is needed.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce new HIV infections

There has been a reduction in the number of new HIV infections among young people in Tanzania, which may be the result of some of the HIV interventions at increasing risk reduction behaviours.

Reduce early and unintended pregnancy

Teenage pregnancy is a major concern in Tanzania, with almost 25% of girls bearing children between the ages of 15 and 19, of which less than 1% successfully return to school, according to a recent five-country study on the education sector response to teenage pregnancy, in which Tanzania ranked the highest in terms of young girls ever pregnant who are now out of school⁶. Supportive policies for girls, including plans for learners to re-enter school, will be crucial moving forward.

Eliminate GBV

Although data on GBV in Tanzania is only disaggregated by age, not by gender, various studies⁷ note that women and girls continue to be victims of sexual abuse and GBV, where many are socialized to accept, tolerate, and even rationalize domestic violence. This includes being silent when they experience this violence or witness it happening around them⁸. Nearly three out of every ten females aged 13-24 reported experiencing at least one incident of sexual violence before turning 18⁹. Tanzania has committed to addressing GBV and violence against children through the development of a National Plan of Action to Prevent and Respond to Violence Against Children. Following two years of implementation after the affirmation of the ESA Commitment, the Ministry of Health has worked to train health workers to better identify, manage, and report cases of abuse. Additionally, the Ministry of Health has developed standard operating procedures for one-stop centres. The Department of Social Welfare is taking the lead in establishing child protection systems, which inform all key stakeholders about their legal obligations to protect and support children and to address all violence and abuse cases against children, including child marriage.

Eliminate child marriage

According to the Tanzania Law of Marriage Act (1971), the minimum age of consent to marriage is 18 years for males and 15 years for females. However, early marriages are allowed by law in communities that adhere to customary or Sharia law.

Indicateurs	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ¹⁰	13,091	7,144	20,235	10,922	5,975	16,897
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ¹¹	12.8%	6.9%				
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ¹²				39%	25%	
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ¹¹	46.7%	40.1%				
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ¹¹	22.8%					
Target 7: Eliminate gender-based violence						
Prevalence of Sexual Violence 15 - 19 ¹³	13.2%					
Prevalence of Sexual Violence 20 - 24 ¹³	18.6%					
Target 8: Eliminate child marriage						
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ¹¹	6.6%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ¹¹	36.9%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

The current funding climate tends to support novel, small-scale, and time-limited initiatives. Insufficient attention has been given to introducing, implementing, and monitoring best practice, sustainable programmes at scale. There is a tremendous need to YFHS with high quality, wide coverage, and long-term sustainability.

Challenges

Implementation remains a significant challenge in Tanzania. Many policies and guidelines are not widely disseminated, understood, or implemented within the respective sectors, from national to local levels. In addition, several key stakeholders have not been exposed or trained in how to supervise or implement programmes related to CSE and YFHS.

Sources


- 2014 World Population Data Sheet.
- NBS: 2012 census projections for 2014.
- BEST 2014, MOEVT.
- UNESCO. 2015. *Comprehensive Sexuality Education in Teacher Training in Eastern and Southern Africa*; MOEVT, BEST 2014.
- Numbers based on a specific UNESCO project funded by Sida which targeted 685/16,538 primary schools and 172/220 secondary schools with life skills-based HIV and sexuality education within previous academic year. In 2013, the content of CSE was implemented partially, which means all schools had partial provision of CSE. The new curriculum has started as of 2015 in primary education.
- UNAIDS, UNESCO and UNFPA, 2015
- TGNP, Gender Profile of Tanzania, 2007, HakiElimu documentation on Girls education, FAWE
- Country Report on the Review and Progress Made and Challenges Encountered in Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action and Outcomes of the Twenty Third Special Session of the General Assembly, Beijing +20, 2014.
- Violence against children in Tanzania: Findings from a National Survey 2009.
- UNAIDS HIV 2016 Estimates.
- DHS, 2010.
- UNAIDS HIV 2014 Estimates.
- TDHS, 2010.

The ESA Commitment has helped to catalyse and accelerate the coordination and leadership of governments, young people, and CSOs through joint interventions on CSE and YFS across Uganda. Furthermore, it has helped create robust linkages between sexuality education and SRH services for young people. This joint approach secures sustainability and continued engagement of various stakeholders in achieving healthier outcomes for young people.

Coordination of the ESA Commitment

Uganda's coordination mechanism of the ESA Commitment consists of various government sectors, UN agencies, CSOs, CBOs, and young people and is chaired by the Ministry of Education and Sports (MoES). The team meets on a quarterly basis and a clear terms of reference guides their work to advocate for an increased focus on ASRH services, report on progress made towards the ESA Commitment targets, and jointly mobilize resources. Working in a coordinated manner has improved Uganda's response to the delivery of CSE and strengthened the consensus and understanding on clarifying the benefits of good quality CSE.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	34,634,650
Estimated population of young people (10-24) ¹	12,052,858
Number of schools ²	Primary: 18,118 Secondary: 2,836
Number of in-service teachers ³	Primary: 169,503 Secondary: 55,843
Number of health workers ⁴	42,530

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization of the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

Although Uganda has policies and programmes in place that support the scale up of CSE, such as the School Health Policy and the Presidential Initiative on AIDS Strategy for Communication to Youth (PIASCY) programme, implementation in the classroom has been limited. This is partially due to the majority of teachers lacking knowledge and skills to deliver CSE and having limited resources to implement lessons in the classroom. In addition, Uganda has an already crowded school programme, which makes it even more difficult to find space in the curriculum to prioritize CSE. Currently, the delivery of CSE is taking place in the secondary school curriculum. The MoES is in the process of revamping the PIASCY programme (primary school), and the Life Skills curriculum has been revised to cover most of essential topics within CSE, although gaps remain evident in the area of sexual behaviour, gender equality, sexual diversity, HIV treatment, and services for HIV counselling and testing.

b) CSE out of schools

The Ministry of Gender, Labour and Social Development is developing a terms of reference for development of a sexuality education curriculum for out-of-school youth.

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	100% (5641 primary)	100% (5641 primary)	 Achieved
	65% (660 secondary)	80% (1083 secondary)	
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No	No	 Not achieved

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

Between 2013 and 2014, the Ministry of Education trained tutors and lecturers from teacher training institutions on the integration and delivery of CSE and in 2015, three large pre-service teacher training events were completed in various parts of the country, which resulted in the training of 1,344 pre-service teachers. However, the Ministry has indicated that more adequate training and regular follow-ups with teachers will be needed to ensure greater and long-lasting impact. In addition, as part of the planned roll out of the lower secondary curriculum across the country, which includes components of sexuality education as part of the LSE learning area, the Ministry has also planned to re-equip teachers from 2017 onwards.

b) Training of health workers

Pre-service training programmes for health care providers are conducted by the health training institutions which fall under the MoESTS. In-service training falls under the Ministry of Health and is supported by development partners. Uganda stipulates that at least two health providers per facility must be trained as a prerequisite for accreditation as a facility offering youth-friendly services. In 2015, a total of 330 health workers from 15 districts were trained in sexuality education to improve their capacity in AYSRH service provision in health facilities.













TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

Uganda has the following policies in place to support AYSRH: the National Adolescent Health Strategy (2004-onwards, currently being reviewed); Adolescent Health Policy Guidelines and Standards; National Policy Guidelines and Service Standards for Sexual Reproductive Health and Rights (updated in 2015); National Adolescent Girl Agenda; and the National Adolescent Health Roadmap, which is currently under development.

b) Youth-friendly SRH services

A total of 37,346 adolescents and young people between the ages of 10-24 years accessed youth-friendly SRH services in 2015. Adolescent health services, including for SRH, are provided in 32% of facilities⁹, and offered up to Health Centre III level (which administratively is located at sub-county level).

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided ⁵
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care ⁶	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear) ⁷	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B ⁸	
Any other – Clinical care for sexual gender-based violence	

2020 TARGETS

Reduce new HIV infections

The number of new HIV infections among young people aged 15-24 has slightly declined over the last three years, but girls are still disproportionately affected.

Uganda has undertaken various measures towards improving HIV risk reduction behaviours among young people, including major campaigns in collaboration with youth NGOs, such as Reach a Hand Uganda, Reproductive Health Uganda, and Sexual Reproductive Health Alliance Uganda, which focus on peer-to-peer HIV prevention awareness, creating linkages with youth-friendly SRH services, and engaging with policy-makers to legislate on favourable SRH policies.

Reduce early and unintended pregnancy

An estimated 25% of girls fall pregnant before age 19 in Uganda. To address this, Guidelines for Prevention, Management of HIV/AIDS and Teenage/Unintended Pregnancy in School Settings was published in June 2015, in addition to the 2009 MoESTS directive to allow pregnant girls to return to school and sit through their exams. However, reinforcement of the directive is challenging and the default education sector response to pregnant learners is suspension or expulsion.

Eliminate GBV

The rates of GBV in Uganda have increased since 2011, fuelled by harmful cultural practices like early marriage and social tolerance to violence against women. The government has put specific laws in place to address GBV, including the Domestic Violence Act (2010), among others. Uganda has also executed prevention programmes such as mobilizing communities to act on violence against women and girls through male action groups, FBOs, and traditional and cultural institutions.

Eliminate child marriage

Although the age of consent to marriage in Uganda is 21 years, the traditional practice of child marriage persists. In 2013, the country was ranked 16 among 25 countries with the highest rates of early marriages (World Vision 2013). The government has made considerable progress in improving the status of the girl child and in 2015 launched the National Strategy to End Child Marriage and Teenage Pregnancy, developed in partnership with CSOs, bilateral partners, and UN agencies.

Indicators	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ¹⁰	20,946	11,775	32,721	18,894	10,615	29,509
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ¹¹	15-19yrs: 53.6%	15-19yrs: 54.9%				
	20-24yrs: 53.5%	20-24yrs: 71.3%				
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ¹²	38.1%	39.5%	38.1%	35.2%	34.8%	
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ¹¹		24%				
Target 7: Eliminate gender-based violence						
Prevalence of gender based violence among 15-24 years olds ¹³	15-19yrs: 57.6%	15-19yrs: 55.9%		75.2%	72.4%	
	20-24yrs: 64.2%	20-24yrs: 62%				
Target 8: Eliminate child marriage						
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ¹⁴	12%	N/A	N/A	10%	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ¹⁴	46%	N/A	N/A	40%	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

Community resistance to CSE and the provision of some SRH services is largely due to the limited information available on their benefits for young people. A well-planned intergenerational dialogue can provide an opportunity to engage in constructive discussions that will address the fears of parents and other community members and equip young people with the information they need.

Challenges

- Monitoring the progress of the ESA Commitment has proven to be a major challenge, especially since the integration of Global HIV Indicators into the EMIS did not take place as planned due to technical limitations in the software set-up. While there are no plans to implement this, an alternative approach to capture data through other M&E platforms is currently being explored.
- A lack of resources to implement ESA Commitment-related activities has also been a challenge. The Ugandan government's budget and funds allocation is rather rigid due to highly competing priorities. In most cases, these programmes end up being financed by development partners, which is not sustainable in the long-term.

Sources

1. National Population and Housing Census 2014 main report.
2. UNESCO. 2015. *Comprehensive Sexuality Education in Teacher Training in Eastern and Southern Africa*; ESSAPR 2014; EMIS 2014.
3. EMIS 2011.
4. Annual health sector performance report 2014/15, MoH (2015) (Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.)
5. As outlined in the Adolescent Health Policy Guidelines and Service Standards (2012), "Components of adolescent friendly health services."
6. Uganda does not provide abortion services, only post-abortion care services.
7. Services should include breast examination and information on cervical cancer. However, coverage of these services is low.
8. Services should include HPV immunization. In practice, however, these services tend to be offered through outreach programmes.
9. UNICEF Rapid Assessment, Feb 2016.
10. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
11. DHS 2011.
12. DHS 2011 and UNFPA (2016) National AYSRH Assessment.
13. Ibid.
14. UNICEF (State of the World's Children, statistical tables 2015) and World Vision 2013.


BACKGROUND

The ESA Commitment has accelerated the ongoing activities being implemented by government and CSOs in Zambia, including strengthening the collaboration between the Ministries of Education and Health and taking a strong leadership role in championing implementation of the Commitment by developing sound policy guidelines. This has provided an opportunity for many players – including civil society and UN agencies – to work within this agenda and meaningfully contribute to attaining healthier outcomes for young people across the country.

Coordination of the ESA Commitment

Zambia's coordination mechanism for the ESA Commitment functions under the joint leadership of the Ministry of General Education and the Ministry of Health. The technical working group consists of representatives from government, UN agencies, CSOs, and young people. The group meets every quarter and their activities are structured by a bi-annual action plan which is costed, included in other sector work plans, and allocated financial resources.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	16,211,767
Estimated population of young people (10-24) ¹	5,355,341
Number of schools ²	Primary: 3,217,872 Secondary: 801,594
Number of in-service teachers ²	Primary: 78,395 Secondary: 22,418
Number of health workers ³	42,530

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	Yes	 Achieved

2015 TARGETS



TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

The Ministry of Education has recently rolled out a nationwide curriculum that integrates CSE into both primary and secondary schools. Subjects include: Integrated Science, Biology, Social Studies, Civic Education, Home Economics and Religious Education. In addition, the Curriculum Development Centre (CDC) has developed learning and teaching materials for grades 5, 6, 8, 9, 10 and 11 to support the delivery of CSE in the classroom. The curriculum ensures that CSE is part of national examinations and learner assessment tools. This has resulted in over 1.3 million learners being taught in CSE.

b) CSE out of schools

The recently developed Out-of-School Comprehensive Sexuality Education (OSCSE) framework was established as a result of the ESA Commitment. This framework aims to equip out-of-school children and young people with the knowledge, skills, attitudes, and values that will enable them to build a positive view of their sexuality in the context of their emotional and social development.

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	100% Primary 100% Secondary	100% Primary 100% Secondary	 Achieved
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No	Yes	 Achieved


TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

Zambia has scaled up efforts to include CSE training for both pre- and in-service teachers across the country. Over 34,000 in-service teachers have already been trained in effective CSE delivery⁴, and the new curriculum for pre-service teacher training, which includes CSE delivery, was introduced in January 2015. The first cadres of graduates are expected in 2018.

b) Training of health workers

Mirroring a similar approach to teacher training in the country, a scale-up of training for both pre- and in-service health care providers is well underway. Inclusion of AYFHS provision into the nursing and midwifery curriculum was finalized in 2015 and will be rolled out to pre-service nurses and midwives in 2016.

Indicateur	Current data 2015	Progress
% of schools with teachers who received training and taught lessons in life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year. <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	100% Primary 100% Secondary	 Achieved
Number of In-service health care providers trained in AYFHS	826	-












TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

The provision of services for adolescents and young people in Zambia is guided by the National Standards and Guidelines for Adolescent Friendly Health Services, which covers adolescents and young people aged 10-24.

b) Youth-friendly SRH services

All Zambian health facilities offer services for adolescents and young people, but in many areas, the provision of health services is still not youth-friendly: there is a lack of physical space for youth-friendly corners to provide adequate privacy, and many health care providers hold negative attitudes towards youth accessing SRH services. Currently there is no data available on the number of young people and adolescents accessing services.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	
Education and counselling on SRH and sexuality	
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	
Medical male circumcision	
Screening for cervical cancer (Pap smear)	
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	

2020 TARGETS

Reduce new HIV infections

Although there has been a decrease in the number of new HIV infections since 2013, twice as many girls and young women are becoming newly infected with HIV than their male counterparts. Efforts are underway to ensure that knowledge levels increase by identifying young people as a key population under great risk of HIV in the Revised National HIV & AIDS Strategic Plan 2014-2016, and strengthening the provision of CSE and SRH services for adolescents and young people.

Reduce early and unintended pregnancy

Zambia does not have a national strategy on teenage pregnancy, however, it has had a re-entry policy since 1997 which allows pregnant girls to go back to school once they have delivered.

Eliminate GBV

Zambia enacted the Anti GBV Act No.1 in 2011 and has also produced a simplified version of the Act that has been translated into seven major local languages and Braille format. An amendment has been made to the Penal Code which criminalizes GBV and has increased the penalty for child defilement from 15 years to life imprisonment. In addition, the revised National Gender Policy was launched in 2014 and the "HeForShe" Campaign, a solidarity movement for gender equality which was developed by UN Women to engage men and boys as advocates and agents of change for the achievement of gender equality and women's rights, was launched in 2015.

Eliminate child marriage

Zambia's legal age for marriage in the amended constitution of 2016 is 21. Furthermore, the country has developed a five-year National Strategy on Ending Child Marriage that will promote and contribute to the protection of the rights of all children; both those affected by child marriage as well as those at risk. This strategy is aimed at accelerating efforts to end child marriage by 2030 through the provision of an operational framework that reflects the current national and global trends and efforts.

Indicators	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁵	13,898	7,788	21,686	13,176	7,358	20,534
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁶	2.12%	14.27%	7.35%	32.72%	39.96%	38.28%
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁶	16.94%	10.19%	13.85%	56%	39%	45.8%
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁶	34%	36%	35%	41.5%	46.7%	43.9%
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁶	30%			28.5%		
Target 7: Eliminate gender-based violence						
Prevalence of gender based violence among 15-24 years olds ⁶	16.5%					
Target 8: Eliminate child marriage						
Does the country have programmes that prevent and mitigate against child marriage? ⁶			No			Yes
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ⁶	3.1%	N/A	N/A	5.9%	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ⁶	41.6%	N/A	N/A	31.4%	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

- Integration of CSE and health care services in school programmes, including Parents Teachers Association meetings, sports events and tournaments, and music shows has helped reach more adolescents and young people both in and out of school.
- The exposure of adolescents and young people to health care services through organized clinic visits has helped many gain better information on HIV and AIDS.
- The information provided to adolescents and young people through CSE clubs and peer-to-peer support groups has been beneficial in addressing some of the challenges they face.
- Collaboration and networking among partners working on ASRH issues, both in government and CSOs, has been strengthened which has in turn improved coordination of programmes that are related to the ESA Commitment.

Challenges

- Monitoring and oversight of the implementation of the ESA Commitment remains weak, which has affected the reporting of progress against Commitment targets. Furthermore, it affects the documentation and learning from the implementation process.
- Resources provided by government are insufficient and implementation of the ESA Commitment therefore continues to be supported by UN agencies, bilateral development partners, and CSOs, with government mainly providing technical and policy guidance.

Sources

1. UN population Division Estimates, 2015.
2. Ministry of General Education. 2014. Educational Statistical Bulletin.
3. MoH HR (Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.)
4. Zambia UNESCO Country CSE Annual Report, 2014 & 2015.
5. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
6. ZDHS 2007; ZDHS 2013/14.

BACKGROUND

Zimbabwe has made great strides in meeting the ESA Commitment targets. Government and development partners are currently working on strengthening the following essential components of a comprehensive education sector response to HIV and AIDS: quality education; content, curriculum and learning materials; educator training and support; policy, management and systems; and strengthening approaches and illustrative entry points. In addition, the health sector has commissioned seminal studies, for example, the National Adolescent Fertility Study, which will strengthen the evidence base on adolescent pregnancy in Zimbabwe to inform policy and programmes.

Coordination of the ESA Commitment

The coordination of the ESA Commitment between the Ministries of Education and Health, other key line ministries, civil society, and UN agencies remains an area of concern. However, a concrete recommendation has since been made to include the Commitment as a standing agenda for the Adolescent Sexual and Reproductive Health Coordination Forum and the Technical Working Group of the Young People's Network on Sexual Reproductive Health and HIV & AIDS. This will ensure improved coordination, accountability, progress monitoring, and the provision of technical guidance to the attainment of ESA Commitment targets.

Demographics	Value
Estimated total population (all ages) ¹	15,602,751
Estimated population of young people (10-24) ¹	5,096,271
Number of schools ²	Primary: 5,905 Secondary: 2,481
Number of teachers ²	Primary: 73,148 Secondary: 42,585
Number of health workers ³	34,308

ESA Commitment coordination	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
Does the country implement a multi-sectoral strategy/framework for operationalization the ESA Commitment?	No	No	✗ Not achieved

2015 TARGETS

TARGET 1: A good quality CSE curriculum framework is in place and being implemented in each of the 20 countries

a) CSE in schools

Zimbabwe's CSE efforts are supported by several policies and strategies, including the Life skills, Sexuality and HIV and AIDS Education Strategic Plan (2012-2015), which caters for children, adolescents and young people from ages 4-18, both in and out of school. A national curriculum review process has been completed in the following subjects: Guidance and Counselling, Life Skills, Sexuality, and HIV and AIDS. These are compulsory subjects in both the primary and secondary schools curricula and as of 2016 will be examinable at "O" level. Discussions are ongoing on how to handle assessment at primary education level.

a) CSE out of schools

Community-based sexuality education programmes targeting out-of-school youth are being implemented through government and NGOs as per the Adolescent Sexual and Reproductive Health Strategy and the Zimbabwe National HIV & AIDS Strategic Plan 3.

Indicateur	Baseline 2013	Current data 2015	Progress
% of schools that provided life skills-based HIV and sexuality education in the previous academic year <i>(Target: 40% schools to be reached by 2015)</i>	No data	87%	✔ Achieved
Does this country have a costed CSE strategy for out-of-school youth?	No data	Yes	✔ Achieved

TARGET 2: Pre- and in-service SRH and CSE training for teachers, health and social workers is in place and being implemented in all 20 countries

a) Training of teachers

In 2015, all pre-service teachers from teachers' colleges in the country were trained in CSE, which accounts for over 25,200 pre-service teachers⁴, and a more systematic programme of training was implemented for in-service teachers, training 3,693 primary school teachers and 7,720 secondary school teachers, of which just over 50% were female⁵. Zimbabwe's 14 teacher training colleges provide compulsory CSE under the Health and Life Skills Education subject and as a result of the newly developed Zimbabwe Curriculum Framework (2015-2022), the Ministry of Primary and Secondary Education recently put together a comprehensive syllabus and teachers' manual on life skills, sexuality, and HIV & AIDS education, in line with regional and international standards.

b) Training of health workers

A Standard National Adolescent Sexual and Reproductive Health Training Manual for Service Providers has been developed to guide facilitators in preparing, delivering, and evaluating standard training in youth-friendly SRH service provision for service providers (both pre- and in-service). Zimbabwe has also established community level ASRH committees to support and stimulate community participation, leadership, and ownership of ASRH programmes. However, there is no reliable data available on the number of health care professionals who have been trained between 2013 and 2015.

TARGET 3: Decrease by 50% the number of adolescents/young people who do not have access to SRH services, including HIV

a) National ASRH policies and strategies

Provision of YFHS is guided by four main policies and/or strategies, most of which have reached their lifespan and are due for review and extension in 2016. Policies include the Zimbabwe National HIV & AIDS Strategic Plan, the National Adolescent Sexual and Reproductive Health Strategy, the Adolescent Accelerated Treatment Plan, and the National Youth Policy.

b) Youth-friendly SRH services

The quality of youth-friendly SRH services varies from facility to facility, depending on the service provider or the financial resources available. A total of 2,944,765 adolescents have been reached by youth-friendly SRH services in the previous two years, including those who accessed family planning, HIV and STI services for 2014 and 2015.

Standard package on ASRH, 2015 (UNFPA)	Provided
General health checkups, including checks on your physical development, vision, hearing etc.	✔
Advice on puberty concerns and help with menstrual hygiene	✔
Education and counselling on SRH and sexuality	✔
Contraceptive education and a range of contraceptive methods, including condoms and emergency contraception	✔
Pregnancy testing and antenatal, delivery (obstetric care) and post-natal care	✗
Pregnancy options counselling and safe abortion, where legal, and post-abortion care	✔
STI education, diagnosis and treatment, including partner notification	✔
HIV education, counselling, testing and referrals for treatment, care and support services, pre-exposure and post-exposure prophylaxis	✔
Medical male circumcision	✔
Screening for cervical cancer (Pap smear)	✔
Immunizations, including for human papillomavirus (genital warts) and hepatitis B	✔

2020 TARGETS

Reduce new infections among young people

While the number of new infections among young people aged 15-24 is declining, adolescent girls and young women are still disproportionately affected. A multi-sectoral response to address their vulnerabilities is being implemented through programmes such as Safeguard Young People, H4+ (a UN Joint initiative), DREAMS, and the Health Development Fund.

Coverage of HIV testing services among young people has improved dramatically over the last four years, although overall, women are much more likely than men to have been tested for HIV and received test results (85% and 59%, respectively). This is almost double the baseline figures reported in the 2010-11 DHS (45% and 24%, respectively).

Increase HIV prevention knowledge

Comprehensive knowledge of HIV among both young female and men has increased by 5%. However, more work still needs to be done for both in- and out-of-school CSE programmes.

Reduce early and unintended pregnancy

Pregnant learners are protected under Policy Circular 35, which provides that the young mother (former pupil) may be re-enrolled at the same school, in the same grade/form in which she was before she took leave to deliver. Efforts are also underway to eliminate early/child marriages through legal interventions and community mobilization against child marriage and adolescent pregnancy.

Eliminate GBV

In line with the National GBV Policy, prevention efforts are aimed at capacitating targeted communities to address negative social norms that perpetuate GBV. Efforts have also focused on strengthening service availability through health, legal, and psychosocial support. The piloted one-stop centre concept has also been replicated following successes reported in ensuring a multi-sectoral approach in service provision.

Eliminate child marriage

Approximately 25% of adolescent girls enter into marriage or union before the age of 18, and because religious and cultural beliefs are deeply engrained in many areas of the country, change will continue to be a slow and challenging process. Zimbabwe has nevertheless made promising progress with the Constitutional Court's outlawing of child marriage.

Indicateurs	Baseline			Available data		
	Female	Male	Total	Female	Male	Total
Target 4: Consolidate recent and hard-won gains in the reduction of HIV prevalence in ESA, and push towards eliminating all new HIV infections among adolescents and young people aged 10-24						
New HIV infections (aged 15-24) ⁶	15,272	8,815	24,089	13,648	7,815	21,460
% of never-married women and men aged 15-24 who had sexual intercourse in the past 12 months and used a condom at the last sexual intercourse ⁷	49	73		59	75	
% of sexuality active women and men (15-24) who have been tested for HIV and received results in last 12 months ⁷	45	24		85	59	
Target 5: Increase to 95% the number of adolescents and young people aged 10-24 who demonstrate comprehensive HIV prevention knowledge levels						
Young people's knowledge about HIV prevention (% of young people who can correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission) ⁸	52%	47%	49.5%	56%	52%	54%
Target 6: Reduce early and unintended pregnancies among young people by 75%						
% of adolescent women (age 15-19) who have begun childbearing (have children or currently pregnant) ⁷	23.5%	N/A	N/A	24%	N/A	N/A
Target 7: Eliminate gender-based violence						
Prevalence of gender-based violence among 15-24-year-olds ⁹			13.7%			
Target 8: Eliminate child marriage						
Does the country have programmes that prevent and mitigate against child marriage?			Yes			Yes
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 15 years old ¹⁰	3.9%	N/A	N/A	5%	N/A	N/A
% of women (age 20-24) who were first married or in union before they were 18 years old ¹⁰	30.5%	N/A	N/A	33%	N/A	N/A

LESSONS LEARNED AND CHALLENGES

Lessons learned

- The institutionalization of CSE within the Guidance and Counselling Learning Area entrenches sustainability, ownership, and accountability.
- The provision of adolescent and youth-responsive services has to be matched with efforts to address socio-cultural, institutional, and legal barriers limiting use of essential ASRH services.
- There is a need for focused school-based, community-based, and health-facility interventions and strategies promoting treatment literacy and adherence to lifelong ART among adolescents and young people.

Challenges

- The coordination of the ESA Commitment needs to be urgently formalized by implementing the recommendation on establishing a standing agenda in the Adolescent Sexual and Reproductive Health Coordination Forum and the Technical Working Group meetings of the Young People's Network on SRH, and HIV and AIDS, and updating the terms of reference accordingly.
- The enabling environment needs to be strengthened further, focusing particularly on policies, strategies and action plans, resource mobilization, and monitoring and evaluation.

Sources

1. UN population Division Estimates, 2015.
2. EMIS, 2015.
3. MoHCC, 2016 (Health workers include physicians, nurses and midwives, dentists and technicians, pharmacists and technicians, environment and public health specialists, laboratory technicians, community health workers and other management and support staff.)
4. NAC, UN agencies, MoHTESTD.
5. MoPSE, NAC, UN agencies.
6. UNAIDS HIV 2016 Estimates.
7. DHS, 2010-11, MICS, 2014.
8. Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT). 2014. Multiple Indicateur Cluster Survey 2014, Key Findings. Harare, Zimbabwe: ZIMSTAT.
9. Proxy Indicateur: percentage of women and girls aged 15 to 49 who have ever experienced physical or sexual violence.
10. Percentage of people who were first married or in union before age 15 (women age 15-49 years); Percentage of people who were first married or in union before age 18 (women age 20-49 years).



youngpeopletoday.net

✉ info@youngpeopletoday.net

f [facebook.com/yptcampaign](https://www.facebook.com/yptcampaign)

🐦 [@yptcampaign](https://twitter.com/yptcampaign)